

**Ontwikkeling van en onderzoek  
naar het Classificatiesysteem Aard  
Problematiek Jeugdzorg (CAP-J)  
Eindrapport**

Carolien Konijn  
Wieneke Bruinsma  
Lianne Lekkerkerker  
Erik Jan de Wilde  
Karin Eijgenraam

Nederlands Jeugdinstituut  
Utrecht, mei 2009



© 2009 Nederlands Jeugdinstituut

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

#### **Opdrachtgevers**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Ministerie voor Jeugd en Gezin en Ministerie van Justitie

#### **Begeleidingscommissie**

Wilma Vollebergh (voorzitter, Universiteit Utrecht)

Harry van den Bosch (MOgroep)

Corine Brekelmans (GGZ Nederland)

Els Deijkers (Ministerie van Justitie)

Ton Eijken (Ministerie van Justitie)

Nien Karelsen (cliëntenorganisatie)

Ivonne Keuzenkamp (Interprovinciaal Overleg/IPO)

Hans Matthaei (bureau jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam/BJAA)

Wim Slot (PI Research)

#### **Auteurs**

Carolien Konijn

Wieneke Bruinsma

Lianne Lekkerkerker

Erik Jan de Wilde

Karin Eijgenraam

Nederlands Jeugdinstituut

Postbus 19221 (Catharijnesingel 47), 3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Fax (030) 230 63 12

Website [www.nederlandsjeugdinstituut.nl](http://www.nederlandsjeugdinstituut.nl)



# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Managementsamenvatting.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1. Inleiding.....</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1 Classificeren: voor- en nadelen .....                                    | 7         |
| 1.2 Voorgeschiedenis en aanleiding voor het CAP-J.....                       | 10        |
| 1.3 Problemen en stoornissen .....   | 10        |
| 1.4 Aard en ernst van de problematiek.....                                   | 11        |
| 1.5 Relatie tot DSM, ICD en MAC.....   | 13        |
| 1.6 Voorwaarden en aanwijzingen voor toepassing CAP-J .....                  | 14        |
| <b>2. De totstandkoming van het CAP-J.....</b>                               | <b>17</b> |
| 2.1 Geschiedenis.....  | 17        |
| 2.2 Aanpak.....  | 18        |
| 2.3 Werkwijze.....   | 19        |
| 2.4 Structuur van het CAP-J.....   | 21        |
| 2.5 Domein, definities en uitgangspunten van het CAP-J.....                  | 24        |
| <b>3. Onderzoek naar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid .....</b>              | <b>26</b> |
| 3.1 Doel van het onderzoek en de onderzoeksvraag .....                       | 26        |
| 3.2 Opzet en uitvoering onderzoek .....                                      | 27        |
| 3.3 Analyses en resultaten .....   | 33        |
| 3.4 Conclusies en discussie.....   | 40        |
| <b>4. Aanbevelingen.....</b>   | <b>47</b> |
| 4.1 Aanbevelingen voor de implementatie van het CAP-J .....                  | 47        |
| 4.2 Aanbeveling voor het onderhouden van het CAP-J .....                     | 47        |
| 4.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....                             | 48        |
| <b>Literatuur .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>Bijlagen.....</b>   | <b>53</b> |
| Bijlage 1. Assen, groepen, rubrieken en subrubrieken CAP-J (versie 2.0)..... | 55        |
| Bijlage 2. Voorbeelden van CAP-J rubriekbeschrijvingen.....                  | 69        |
| Bijlage 3. Leden van de digitale klankbordgroep .....                        | 75        |
| Bijlage 4. Voorbeeldvignetten IBB-onderzoek .....                            | 77        |
| Bijlage 5. Overzicht geselecteerde rubrieken IBB-onderzoek .....             | 79        |
| Bijlage 6. Deelnemende organisaties IBB-onderzoek.....                       | 81        |



## Managementsamenvatting

**CAP-J** - In de periode begin 2006 tot medio 2008 is, in opdracht van de ministeries van Justitie en VWS, gewerkt aan de ontwikkeling van het classificatiesysteem van de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg, kortweg het CAP-J. Andere classificatiesystemen, zoals de DSM en de ICD, bieden te weinig ruimte om (lichtere) problemen en gezins- en omgevingsfactoren te classificeren, om die reden is het CAP-J ontwikkeld. Het doel van het CAP-J is het geven van heldere beschrijvingen van problemen van jeugdigen en hun ouders, zodat hulpverleners en onderzoekers deze kunnen gebruiken bij het verkennen en onderzoeken van de problematiek, het onderling bespreken en overdragen ervan, het indiceren van behandeling en begeleiding, het afleggen van verantwoording over de besteding van gemeenschapsgelden en wetenschappelijk onderzoek.

**Ontwikkeling** – Al in 1999 en 2000 hebben het toenmalige NIZW Jeugd (nu Nederlands Jeugdinstituut) en het Trimbos-instituut een registratietabel voor de aard van problematiek van cliënten in de jeugdzorg opgesteld, de zogenoemde ISIS-tabel. Om de betrouwbaarheid van deze tabel te verbeteren moesten beschrijvingen aan de rubrieken toegevoegd worden: het begin van het CAP-J. Er zijn begin 2006 twee werkgroepen geformeerd: de ene werkgroep was verantwoordelijk voor de beschrijving van rubrieken in de assen ‘Psychosociaal Functioneren Jeugdige’ en ‘Vaardigheden en Verstandelijke Ontwikkeling Jeugdige’, de andere werkgroep was verantwoordelijk voor de beschrijving van rubrieken in de assen ‘Gezin en Opvoeding’ en ‘Jeugdige en Omgeving’. De eerste versie van de beschrijvingen werd in de werkgroep besproken en vervolgens herschreven. De tweede versie werd voorgelegd aan een brede klankbordgroep van experts en de derde versie werd in regionale bijeenkomsten voorgelegd aan 150 professionals uit de jeugdzorg.

**Onderzoek** – De vierde versie van de beschrijvingen is gebruikt voor een onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J. Voor dit onderzoek zijn vijftig vignetten (casusbeschrijvingen) opgesteld. Deze vignetten zijn beoordeeld door ruim zestig professionals die werkzaam zijn op het brede terrein van jeugd en opvoeding. Elke deelnemer heeft minimaal vijf vignetten beoordeeld, in totaal zijn circa 325 beoordelingen gemaakt. Van bijna 80% van de beoordeelde rubrieken is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ‘redelijk’ of ‘goed’, wat wil zeggen dat de mate van overeenstemming tussen verschillende codeurs voldoende is.

**Conclusie** – Het CAP-J is een systeem in ontwikkeling waar zeker meer onderzoek naar gedaan moet worden. Voor de ontwikkeling van het systeem is hulp vanuit het werkveld essentieel. Het is dan ook belangrijk dat het CAP-J in de praktijk gebruikt gaat worden. De uitkomsten van het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bieden hier voldoende grond voor.





## 1. Inleiding

Het systeem voor classificatie van de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg, kortweg het CAP-J, geeft definities van problemen waarmee cliënten zich bij de jeugdzorg aanmelden en waarvoor zij begeleiding en behandeling ontvangen. Het doel van het CAP-J is het geven van heldere beschrijvingen en kenmerken van klachten en problemen van jeugdigen en hun ouders voor hulpverleners en onderzoekers zodat zij deze kunnen gebruiken bij het verkennen en onderzoeken van de problematiek, het onderling bespreken ervan onder andere bij de overdracht van cliënten, het indiceren van behandeling en begeleiding, het afleggen van verantwoording over de besteding van gemeenschapsgelden en wetenschappelijk onderzoek.

Dit rapport beschrijft hoe het CAP-J tot stand is gekomen (hoofdstuk 2) en de aanpak en uitkomsten van een onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J (hoofdstuk 3). In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 4) doen we een aantal aanbevelingen met betrekking tot implementatie, onderhoud van het systeem en toekomstig onderzoek. In dit eerste hoofdstuk gaan we in op de voor- en nadelen van classificeren, de voorgeschiedenis en aanleiding voor het CAP-J, het verschil tussen problemen en stoornissen, de aard en ernst van problemen en tot slot de relatie van het CAP-J tot DSM, ICD en MAC.

In bijlage 1 is een lijst opgenomen met de assen, groepen, rubrieken en subrubrieken van het CAP-J. In bijlage 2 zijn twee voorbeelden opgenomen van beschrijvingen uit het CAP-J systeem. Het volledige systeem, inclusief alle beschrijvingen, is te bestellen via de website van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

### 1.1 *Classificeren: voor- en nadelen*

Jeugdigen verschillen vaak dusdanig in klachten, problemen, achtergrond en gezinssituatie dat het moeilijk is deze met elkaar te vergelijken. Toch is in tal van situaties een vergelijking, groepering of clustering van problematiek wenselijk. Welke problematiek van cliënten wordt door de jeugdzorg begeleid en behandeld? Welke (vergelijkbare) cliënten zijn gebaat bij een bepaalde behandeling? Welke vorm van jeugdzorg boekt de beste resultaten bij (een vergelijkbare groep) cliënten? Bij beantwoording van deze en soortgelijke vragen ontstaat de behoefte om de problemen van cliënten met elkaar te vergelijken en cliënten te groeperen of te clusteren voor wat betreft de aard van hun problematiek. Classificeren is het ordenen van gegevens door indeling in groepen, categorieën of klassen, gebaseerd op overeenkomstige en onderscheidende kenmerken. Daarbij geeft een classificatiesysteem regels voor hoe en

waar de verschijnselen in rubrieken kunnen worden ondergebracht (Van Yperen & Giel, 1995).

Cliënten vallen nooit geheel samen met (de klasse van) hun problemen: het is een (hoofd)kenmerk van hun situatie maar daarnaast kent hun situatie tal van bijzondere elementen die elke cliënt van de jeugdzorg tot individu maakt. In feite is classificeren dus het ontdoen van bijzondere en individuele kenmerken van de problematiek zodat deze gegroepeerd kan worden voor het doen van onderzoek naar behandelingen, besprekingen met andere hulpverleners of het efficiënt organiseren van zorg. Classificeren heeft een beperkt doel en kan een probleembeoordeling in het kader van de individuele of gezinsbehandeling (diagnostiek) zeker niet vervangen. Bij diagnostiek zijn juist de bijzondere kenmerken van de cliënten van belang. Maar een sector zonder classificatiesysteem blijft beperkt in de manier van communiceren over de problematiek van hun cliënten en in onderzoek naar wat helpt bij wie.

### **Voordelen**

Het CAP-J draagt bij aan meer eenheid van taal en aan de professionalisering van de jeugdzorg. Hulpverleners kunnen beter met elkaar communiceren over cliënten omdat men dezelfde definities van problemen hanteert. Dit zal de overdracht van cliënten en gegevensuitwisseling tussen professionals aanzienlijk makkelijker maken. Onderzoek naar de resultaten van behandeling en begeleiding van bepaalde groepen cliënten wordt op deze wijze ook beter mogelijk. Een indeling in problematiek van cliënten is een voorwaarde voor wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de jeugdzorg. Het is immers belangrijk vast te stellen voor welke problematiek een bepaalde begeleiding of behandeling werkt en voor welke deze beduidend minder goed werkt.

Naast de communicatie van hulpverleners respectievelijk onderzoekers onderling, is het voor een sector ook van belang verantwoording af te leggen aan de samenleving over de besteding van gemeenschapsgeld. Op dit moment kan de jeugdzorg nauwelijks aangeven welke problemen van cliënten zij behandelen en of die problemen na afloop van de hulp verholpen zijn. De jeugd-GGZ die steeds vaker gebruik maakt van de DSM kan dat al iets beter maar daar laat het onderzoeken en monitoren van resultaten van de behandeling van die problemen nog te wensen over. Wanneer het CAP-J breed wordt toegepast, kan het gebruikt worden voor registratie van de problematiek van de cliënten in de jeugdzorg en daarmee ook voor het afleggen van een dergelijke verantwoording aan financiers en de samenleving in het algemeen. Op basis van de geregistreerde gegevens kunnen de financiers het behandelaanbod sturen. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat er een beperkt aanbod is van een bepaalde behandeling terwijl uit de registraties op CAP-J blijkt dat de doelgroep die in aanmerking komt voor die behandeling groot is, zou de capaciteit van het behandelaanbod vergroot kunnen worden.

### **Nadelen**

Naast deze voordelen van classificeren en redenen om een systeem hiervoor te ontwerpen, zijn er ook nadelen. Het eerste nadeel kwam hierboven ook al aan de orde: een classificatiesysteem heeft een beperkte waarde voor de directe hulpverlening, het contact tussen hulpverlener en cliënt. Bij het classificeren ontdoet men de cliënt van zijn

individuele, specifieke en bijzondere kenmerken. Men let juist op de elementen waarin de problematiek overeenkomt met die van anderen. Daarom gaan bij het groeperen van problemen de individuele nuances verloren. Daarnaast gaat het bij het classificeren alleen om de problemen en niet om de sterke kanten van cliënten, de beschermende factoren of aspecten die juist goed gaan. Juist deze positieve aspecten of oorzaken van problemen zijn van groot belang om in het diagnostische proces te verkennen omdat ze vaak aangrijpingspunten zijn voor begeleiding en behandeling. Classificeren van problemen is dan ook geen vervanging van diagnostiek. Logischerwijs is een classificatiesysteem dan ook geen instrument voor diagnostiek, maar het risico bestaat dat het systeem wel gebruikt wordt alsof het een diagnostisch instrument is. Daarom is het van belang dat classificeren altijd aan het eind van de diagnostische fase plaats vindt: eerst wordt het individuele verhaal van de cliënt goed in beeld gebracht (met al zijn nuances en unieke kenmerken) waarin voldoende aandacht is voor de samenhang tussen verschillende factoren; pas daarna wordt nagegaan welke onderdelen uit dat diagnostische beeld zijn te classificeren als problemen.

Het tweede probleem van classificeren hoorde men een aantal jaren geleden vaker dan tegenwoordig. Bij het classificeren gaat het om groeperen van problemen en niet van cliënten. Een cliënt *is* geen ADHD-er maar *heeft* ADHD. Een bepaalde classificatie kan cliënten echter een ‘etiket’ geven in het dossier waarvan het maar moeilijk loskomen is. Het gaat dus feitelijk om twee zaken: de cliënt is meer dan zijn of haar probleem en het probleem zou een beperkte houdbaarheid moeten hebben. Jeugdigen die als kind een gedragsprobleem hadden maar dit na de adolescentie achter zich hebben kunnen laten, moeten hiervan later geen last ondervinden. De professionals in de jeugdzorg, bijvoorbeeld georganiseerd in beroepsverenigingen, zouden afspraken kunnen maken over de termijn waarvoor de classificaties gebruikt mogen worden. Na die nader vast te stellen periode dient bij heraanmelding van de cliënt in de jeugdzorg de classificatie altijd te worden heroverwogen.

### ***Belang voor cliënten***

Het CAP-J-systeem is in de eerste plaats een instrument voor professionals, onderzoekers en beleidsmedewerkers, voor hun onderlinge communicatie en verantwoording. Wat hebben cliënten aan het CAP-J? Dat is een vraag die naar aanleiding van bovenstaande voor- en nadelen snel opduikt. Cliënten zullen weliswaar weinig direct nut ervaren van het CAP-J, maar indirect des te meer. Wanneer het CAP-J zorgt voor een betere en snellere overdracht van informatie tussen professionals van de ene instelling naar de andere, dan hebben cliënten daar zeker profijt van (door kortere hulp en betere organisatie ervan). Ook kunnen de beschrijvingen professionals helpen in hun gesprek met cliënten bij het verwoorden van wat er (mogelijk) aan de hand is. Daarnaast is het in het belang van cliënten dat de jeugdzorg eraan werkt een steeds professionelere sector te worden. Door beter en meer gericht (effect)onderzoek, waarin het CAP-J een belangrijke schakel vervult, zal de jeugdzorg voor cliënten alleen maar beter worden.

## **1.2 Voorgeschiedenis en aanleiding voor het CAP-J**

Het CAP-J is niet het eerste classificatiesysteem. Linnaeus, een Zweedse natuurwetenschapper uit de 18e eeuw, is begonnen met het classificeren van planten. Zijn systeem wordt nog steeds gebruikt door biologen, ook al zijn er sindsdien veel aanpassingen gedaan. Ook psychische stoornissen zijn al eerder geordend. De eerste groepering van psychische stoornissen dateert uit 1880. Diverse psychische aandoeningen werden gegroepeerd op patronen van symptomen. Er werd toen een onderscheid gemaakt tussen chronische aandoeningen zoals mania, dementia, epilepsie en melancholie.

Om meer inzicht te krijgen in de doodsoorzaken van mensen is in diezelfde periode de eerste groepering of standaardisering van oorzaken en risico's voor overlijden gemaakt. Dit vormde de basis van de latere *International Classification of Diseases (ICD)*, een systeem dat de landen aangesloten bij de *World Health Organisation (WHO)*, gebruiken om de oorzaken van sterfte en ernstige ziekten van de bevolking te vergelijken. Na de tweede wereldoorlog constateerde men dat niet alleen fysieke oorzaken ziekte en dood tot gevolg hadden maar ook psychische condities. Zo ontstond de behoefte aan een classificatie van psychische stoornissen. De eerste versie van de *Diagnostical Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* dateert van 1952. Deze twee systemen – DSM en ICD – overlappen waar het psychische stoornissen betreft. Vanaf de tiende versie van de ICD (WHO, 1994) en de vierde versie van de DSM (APA, 1994) is tussen deze systemen zodanige overeenstemming gekomen, dat zij dezelfde indeling in psychische stoornissen hanteren.

Zowel de DSM als de ICD zijn van oudsher gericht op stoornissen en ziektes bij volwassenen. De DSM heeft vanaf de derde versie ook zo'n veertig definities die verwijzen naar stoornissen in de kindertijd. De ICD is dit voorbeeld gevolgd; de ICD-9 telde zo'n dertig rubrieken die op kinderen en jongeren van toepassing waren. Er zijn echter aan de DSM/ICD-indeling twee beperkingen: (1) het heeft slechts betrekking op psychische stoornissen; psychosociale problematiek komt niet in aanmerking voor classificatie; (2) de indeling beperkt zich tot de problemen van de jeugdige zelf, er is onvoldoende ruimte om recht te doen aan gezins- en andere omgevingsproblematiek van de jeugdige.

Vooraf deze laatste twee redenen vormen de aanleiding om tot een breder classificatiesysteem voor problematiek van de cliënten in de jeugdzorg te komen. Het CAP-J is dus ook geen vervanging van de in de jeugd-GGZ veelgebruikte DSM/ICD, maar een aanvulling erop.

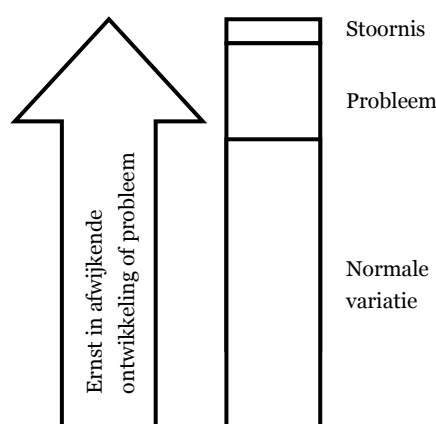
## **1.3 Problemen en stoornissen**

Het merendeel van de jeugdigen groeit op in vergelijkbare (normale) omstandigheden en volgens een patroon dat is beschreven door de ontwikkelingspsychologie. Er bestaan variaties op dit normale patroon van opvoeden en opgroeien, de zogenoemde 'normale variatie'. Wanneer de afwijkingen van dit patroon zodanig zijn dat dit negatieve gevolgen heeft voor het (psychosociale) functioneren van het kind of het functioneren van andere

leden in het gezin, spreken we van een ‘probleem’ bij het opgroeien of opvoeden. Bij een deel van deze problemen spreekt men van een patroon van symptomen of klachten die duiden op een ‘stoornis’. De DSM classificeert psychische stoornissen en definieert een stoornis als ‘een patroon van problemen dat de oorzaak is van lijdensdruk, verminderd functioneren, toegenomen risico op sterven, pijn, handicaps of verlies van vrijheid’ (vrij vertaald vanuit APA, 2000; p. xxxi). Een stoornis verwijst naar een ernstige verstoring van de ‘normale’ ontwikkeling (zie schema 1 voor de verhouding tussen normale ontwikkeling, probleem en stoornis).

---

**Schema 1: Verhouding tussen normale variatie, probleem en stoornis in de ontwikkeling**



---

In de definiëring van de DSM-categorieën is de drempel voor toepassing tamelijk hoog gelegd. Vaak is er de regel dat aan drie of vier van de vijf of zes kenmerken van een stoornis dient te worden voldaan voordat men de categorie mag toepassen. Als er minder kenmerken van een stoornis bij een kind worden geconstateerd, kan de categorie niet worden gebruikt. Omdat we naast de DSM tot nu toe geen ander systeem hebben, kunnen we dan in feite alleen maar constateren dat er géén stoornis is terwijl er wel degelijk een probleem bestaat waarmee de jeugdige en/of zijn ouders zich tot de jeugdzorg wenden. Met het CAP-J kunnen we nu ook de tussenliggende categorie ‘problemen’ beschrijven en aangeven welke problemen én stoornissen van jeugdigen (en hun ouders) worden aangemeld, begeleid en behandeld in de Nederlandse jeugdzorg. Hoewel met het CAP-J dus ook minder ernstige problemen geassocieerd kunnen worden dan bij de DSM en de ICD, geldt ook bij het CAP-J dat het bij alle rubrieken gaat om afwijkingen van de norm, van wat als ‘normaal gedrag’ of een ‘normale ontwikkeling’ wordt beschouwd.

#### **1.4 Aard en ernst van de problematiek**

Het CAP-J betreft de *aard* van de problematiek, niet de *ernst*. Het is belangrijk aard en ernst van de problematiek van cliënten te onderscheiden, hoewel dat soms niet

gemakkelijk is. Het ene probleem is/lijkt immers ernstiger dan het andere. Er zijn vier facetten die van belang zijn bij de ernst van de problematiek (Van Yperen, Van den Berg & Eijgenraam, 2002), die aan de hand van verschillende criteria beoordeeld kunnen worden<sup>1</sup>:

- *Abnormaliteit gedrag*, dit heeft betrekking op de mate waarin het gedrag afwijkt van wat als normaal wordt beschouwd:
  - niet passend bij leeftijd
  - niet passend bij sekse
  - lange duur
  - uitgebreidheid over de situaties van functioneren
  - specificiteit van de symptomatologie
  - frequentie optreden probleem
  - gedragsverandering
  - niet passend bij de sociaal-culturele context
  - niet passend bij de levensomstandigheden
- *Bijdragende factoren* in de jeugdige, gezin, opvoeding en wijdere omgeving zoals: Risicofactoren (factoren die bedreigend zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige), die het probleem verzwaren:
  - biologische kwetsbaarheid jeugdige
  - pathogene gezinsrelaties
  - incompetent opvoedingsklimaat
  - factoren in wijdere omgeving (bijv. wonen in een achterstandsbuurt)Protectieve factoren (factoren die de invloed van risicofactoren kunnen beperken), die het probleem verlichten:
  - jeugdige: sociale en probleemoplossende vaardigheden, gevoel voor humor, goede intelligentie
  - gezin: goede relatie tussen jeugdige en ouder(s), opvoedend handelen dat wordt gekenmerkt door warmte, disciplineren, responsiviteit en sensitiviteit
  - sociale relaties wijdere omgeving: steunend netwerk, positieve schoolervaringen, goede relaties met leeftijdgenoten en leerkrachten
  - sociaal-maatschappelijk: goede voorzieningen, goede woonomgeving, werkgelegenheid
- *Gevolgen probleemgedrag*:
  - lijdensdruk jeugdige
  - sociale belemmering jeugdige
  - ontwikkeling jeugdige
  - gevolgen voor anderen
  - gevolgen voor behandeling
- *Kwaliteit van leven*: het algemene welbevinden, bepaald door objectieve indicatoren en subjectieve waardering van lichamelijk, materieel, sociaal en emotioneel

---

<sup>1</sup> De beoordelingscriteria ernst van de problematiek zijn ontleend aan Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1999), aangevuld met factoren van andere auteurs (Bakker, 1999; Groenendaal & Van Yperen, 1994).

welbevinden, alsmede van de ervaren competentie en dit alles gewogen aan de hand van de waarden die de persoon in kwestie erop na houdt (Felce & Perry, 1996).

Aard en ernst zijn twee aspecten van problematiek die beide beoordeeld dienen te worden door een hulpverlener. Het CAP-J is een categoriaal systeem: een probleem is er wel of niet. De mate waarin het aanwezig is of de gevolgen die het probleem heeft voor het functioneren (de ernst) is geen onderdeel van dit systeem. Voor die beoordeling zijn andere instrumenten ontworpen zoals de *Standaard Taxatie Ernst van de Problematiek* (STEP; Van Yperen e.a., 2003) of de impactschaal van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 1999).

Zoals hierboven al duidelijk werd, lopen aard en ernst echter soms door elkaar. In de discussies over DSM-categorieën komt dit ook telkens naar voren. Hulpverleners hebben er behoefte aan om bij een aantal categorieën in de classificatie reeds aan te geven in welke mate een probleem voorkomt. De DSM heeft nu in twee categorieën waarin in de classificatie ook een ernstgradatie (licht, matig, ernstig) aangegeven kan worden: gedragsstoornis (*conduct disorder*) en depressie. Het DSM-systeem wordt daarom 'categoriaal' maar ook 'licht dimensioneel' genoemd. Een dimensioneel systeem geeft de mate aan waarin een probleem zich voordoet. Als voorbeeld kan men hierbij het beste denken aan de uitkomst van de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) waar de problematiek van een kind zich in een klinisch (ernstig), subklinisch (matig) of normaal (geen probleem) gebied kan bevinden. Naast een aanwijzing van de aard van de problematiek (externaliserend, internaliserend) treffen we hier dus ook een ernstdimensie aan.

### **1.5 Relatie tot DSM, ICD en MAC**

Het CAP-J is bedoeld voor de hele jeugdzorg: een integraal systeem waarmee de problematiek van alle jeugdigen in de jeugdzorg kan worden geclassificeerd en bruikbaar is voor alle deelsectoren van de jeugdzorg. Een dergelijke integrale toepassing is voorwaarde voor de gewenste eenheid van taal en het gewenste totaaloverzicht van de behandelde problematiek wanneer het CAP-J ook voor registratie gebruikt gaat worden. De DSM en ICD worden in delen van de jeugdzorg, met name de jeugd-GGZ, reeds frequent toegepast, ook al wordt de kritiek op de beperkte reikwijdte breed gedeeld. Met het CAP-J sluiten we aan op de DSM en de ICD. De DSM- en ICD-definities zijn over het algemeen gebaseerd op jarenlange internationale discussie en wetenschappelijk onderzoek. Daarom zijn in het CAP-J de DSM- en ICD-categorieën die van toepassing zijn op jeugdigen integraal opgenomen. Daarmee is het aantal toe te passen rubrieken voor individuele, gezins- en omgevingsproblematiek groter geworden, waardoor meer recht gedaan kan worden aan de problematiek van het bij de jeugdzorg aangemelde gezinssysteem.

De DSM- en ICD-categorieën hebben in het CAP-J een code gekregen op subrubriekniveau en hangen onder een rubriek. De rubrieken waar deze subrubrieken onder vallen hebben een code eindigend op '.x'. In het CAP-J-overzicht staan achter deze categorieën de codes uit de DSM en ICD genoemd. De DSM-codes bestaan uit cijfers en

de ICD-codes worden voorafgegaan door een F (individuele problematiek van de jeugdige) of een Z (gezinsproblematiek). Zo is er bijvoorbeeld een rubriek 'aan angst gerelateerde stoornissen' (CAP-J: A102.x), waarbij de separatie-angststoornis (CAP-J: A102.01; DSM: 309.21) en de paniekstoornis met agorafobie (CAP-J: 102.05; DSM: 300.21) subrubrieken zijn. Voor de inhoud van de beschrijvingen van deze subrubrieken verwijzen we naar publicaties van de DSM en de ICD. Bij nieuwe versies van de DSM of ICD worden de verwijzingen en de DSM en ICD-codes in het CAP-J aangepast. Inhoudelijke veranderingen in de beschrijvingen worden op deze manier in het CAP-J meegenomen. Professionals die gewend zijn de DSM of ICD te gebruiken, kunnen daarmee dus doorgaan; alle DSM- en ICD-codes kunnen immers worden omgezet naar een CAP-J-code. Behalve de eerder omschreven definities van individuele psychosociale en psychische problemen van jeugdigen in DSM en ICD, zijn reeds eerder problemen in de gezins- en andere leefomstandigheden beschreven. Deze beschrijvingen zijn in de zeventiger jaren van de vorige eeuw voor de kinder- en jeugdpsychiatrie onder meer vastgelegd in de *Multi-Axiale Classificatie* (MAC) (Rutter, Shaffer & Sturge, 1979). Dit betrof een aanpassing en uitbreiding van een van de ICD-assen. In de ICD zijn deze definities vervolgens opgenomen met een Z-code (zie ook hierboven). Deze definities zijn in het CAP-J gebruikt voor de definities van groepen op de assen D (Gezin en Opvoeding) en E (Jeugdige en Omgeving).

## **1.6 Voorwaarden en aanwijzingen voor toepassing CAP-J**

Het CAP-J kan worden gebruikt door alle instellingen in de brede jeugdzorg. Bureaus jeugdzorg kunnen volstaan met classificaties op groepsniveau (indien er nog onvoldoende gedetailleerde informatie is om te classificeren op rubrieksniveau), zorgaanbieders gaan een niveau verder en gebruiken classificaties op rubrieksniveau. De classificatiecodes kunnen worden gebruikt in registratiesystemen zodat er een overzicht ontstaat van de aangemelde en behandelde problematiek in de jeugdzorg. Het aantal categorieën dat geclassificeerd wordt, hangt ten eerste af van het niveau waarop wordt geclassificeerd: hoe hoger het classificatieniveau, hoe minder categorieën in het algemeen worden geclassificeerd. Daarnaast hangt het aantal categorieën uiteraard af van de cliënt in kwestie. Er is dus geen duidelijke richtlijn voor het aantal te classificeren categorieën. Belangrijk is dat uitgegaan wordt van het diagnostisch beeld: dat er niet meer (of andere) problemen worden geclassificeerd dan uit het diagnostisch beeld naar voren komen. Indien er veel categorieën van toepassing zijn op de cliënt, is het verstandig om de voor de hulpverlening belangrijkste categorieën te identificeren. Het is dan ook niet de bedoeling het CAP-J te gebruiken als een screeningslijst om na te gaan of bepaalde problemen mogelijk aan de orde zijn, het kan eventueel wel gebruikt worden als een soort checklist om (tijdens of na het opstellen van het diagnostisch beeld) te checken of er niets over het hoofd gezien is. Door de categorie 'niet te verwarren met' te bekijken, kunnen hulpverleners door het systeem geattendeerd worden op problemen die vergelijkbaar zijn of waarmee de categorie verward zou kunnen worden (en dan volgt een opsomming van problemen die men dient te overwegen bij het classificeren). Op deze manier is een meer beperkte en gerichte doorgeleiding in het systeem gegarandeerd.



Er zullen voorwaarden aan de toepassing worden verbonden. Voorstel is om voor gebruik van het CAP-J minimaal een HBO-opleiding (SPH) te vereisen. In aanvulling hierop dient een gerichte training op het gebruik van het CAP-J te worden gevolgd. Deze voorstellen zullen later, in overleg met beroepsverenigingen, tot een besluit leiden. Het gebruik van de DSM-codes is voorbehouden aan GZ-psychologen en psychiaters, die een gerichte training in het gebruik van de DSM hebben gevolgd. De ICD kan in principe door iedereen gebruikt worden, maar omdat het veelal om medische begrippen gaat, verdient het de voorkeur om deze alleen door medisch geschoolde functionarissen te laten gebruiken.



## **2. De totstandkoming van het CAP-J**

In dit tweede hoofdstuk beschrijven we hoe het CAP-J tot stand is gekomen. We behandelen eerst de geschiedenis, de aanpak en werkwijze bij de ontwikkeling en het onderzoek naar draagvlak en doorontwikkeling. Vervolgens worden de domeinen, structuur en definities van het CAP-J beschreven, welke aanpassingen na het betrouwbaarheidsonderzoek zijn doorgevoerd (het onderzoek zelf komt in hoofdstuk 3 aan de orde) en tot slot welke voorwaarden en aanwijzingen van belang zijn voor toepassing van het CAP-J.

### **2.1 Geschiedenis**

In 1999 en 2000 hebben het toenmalige NIZW Jeugd en het Trimbos-instituut, in opdracht van de rijksoverheid, een registratietabel voor de problematiek van cliënten in de jeugdzorg opgesteld, de zogenoemde ISIS-tabel (Boelhouters, Bothof, Kayser, Konijn, De Ruyter & Van Yperen, 1999; Bekhoven, Boelhouters, Bothof, Konijn & Van Yperen, 2000). ISIS verwijst naar het Intersectoraal Informatiesysteem voor de jeugdzorg, dat destijds in de maak was. De ISIS-tabel Problematiek is opgesteld op basis van literatuurstudie, bestudering van reeds gebruikte instrumenten voor probleemverkenning en – beoordeling in de jeugdzorg en interviews met praktijkbeoefenaren, wetenschappers en beleidsmakers (Boelhouters e.a., 1999). Uit kleinschalige proeven met het werken met de registratietabel in de praktijk, bleek dat hulpverleners vaak aan dezelfde benaming andere betekenissen toekenden en, omgekeerd, verschillende verschijningsvormen soms in dezelfde rubriek scoorden. Met andere woorden: de betrouwbaarheid van de tabel liet te wensen over. Een aanbeveling was destijds om aan de rubrieken beschrijvingen van kenmerken toe te voegen zodat de hulpverleners aan de hand daarvan meer eensluidend zouden kunnen oordelen over de problematiek. Het heeft even geduurd maar in 2006 kon daarmee worden begonnen. Dit was het begin van het CAP-J.

Bij de ontwikkeling van het CAP-J is de ISIS-tabel als uitgangspunt genomen. De ISIS-tabel bestaat uit vijf assen:

1. Psychosociaal functioneren
2. Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren
3. Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling
4. Gezin en opvoeding
5. Omgeving jeugdige

Er is voor gekozen om de regels voor de psychische stoornissen over te nemen uit de DSM en de ICD. De ontbrekende regels voor de rubrieken van de as Psychosociaal Functioneren, de as Vaardigheden & Verstandelijke Ontwikkeling, de as Gezin en Opvoeding en de as Omgeving Jeugdige van de ISIS-tabel Aard van de problematiek van jeugdigen zijn tijdens het project beschreven. De as Lichamelijke Gezondheid wordt in de ICD reeds beschreven.

## **2.2 Aanpak**

Voor de aanpak van de werkwijze is gekeken naar die van de DSM en de ICD. Hierbij hebben professionals in werkgroepen regels en criteria geformuleerd volgens welke een probleemcategorie gebruikt mag worden. Daarnaast is een grote groep experts ingeschakeld om de werkgroepen te adviseren. Ook voor dit project werden werkgroepen en een (digitale) klankbordgroep opgericht. De werkgroepen hadden de taak om het classificatiesysteem te ontwikkelen, de klankbordgroep had de taak de werkgroepen inhoudelijk commentaar en advies te geven over de geformuleerde teksten.

### **Werkgroepen**

Er zijn begin 2006 twee werkgroepen geformeerd bestaande uit zes leden per werkgroep. De werkgroep *Psychosociale Problemen van de jeugdige* was verantwoordelijk voor de beschrijving van de eerste en derde as van de ISIS-tabel: Psychosociaal Functioneren Jeugdige en Vaardigheden en Verstandelijke Ontwikkeling. Deze werkgroep bestond uit:

1. Hans Matthaei, Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (voorzitter)
2. Leonore Gerrits, Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam
3. Mirjam Hinfelaar, GGZ Dijk en Duin
4. Albert Ponsioen, GGZ Dijk en Duin en Landelijk kenniscentrum LVG
5. Yvonne Meijer, UJL OCG
6. Pieter Hoolsema, Accare

De werkgroep *Gezins- en Opvoedingsproblemen en problemen in de Omgeving jeugdige* was verantwoordelijk voor de beschrijving van de vierde en vijfde as van de ISIS-tabel: Gezin en Opvoeding en Jeugdige en Omgeving. Deze werkgroep bestond uit:

1. Paul Baeten, AMK Haaglanden (voorzitter)
2. Astrid Kemper, Lindenhout
3. Caroline van Mierlo, William Schrikker Groep en Bureau Jeugdzorg Flevoland
4. Nel Jesserun, zelfstandige praktijk voor psychotherapie
5. Lidewij Roes, Spirit
6. Jaap van den Heuvel, 's Heerenloo Kwadrant-Emaus

Beide werkgroepen werden zowel inhoudelijk als praktisch ondersteund door medewerkers van het Nederlands Jeugdinstituut.

## 2.3 Werkwijze

De verschillende assen van de ISIS-tabel zijn opgebouwd uit hoofdrubrieken en subrubrieken. Elk werkgroep lid kreeg de verantwoordelijkheid voor het beschrijven van een aantal subrubrieken. In schema 2 hieronder staan de hoofdrubrieken (vetgedrukt) met de bijbehorende subrubrieken.

---

### Schema 2: Verkorte versie ISIS-tabel

As      *Hoofdrubriek/subrubriek*

**100    Psychosociaal functioneren jeugdige**

- 110    Psychosociaal functioneren: (sociaal) gedrag, emotie en denken
- 120    Psychosociaal functioneren: gebruik van middelen/ verslaving
- 190    Overig psychosociaal functioneren

**200    Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren**

- 201    Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap, beperking van Algemeen Dagelijkse Levensvaardigheden
- 202    Gebrekkige zelfverzorging, gebrekkige zelfhygiëne, ongezonde levenswijze
- 203    Aan lichamelijke functies gerelateerde problemen of stoornissen
- 209    Overige lichamelijke problemen

**300    Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling**

- 310    Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling: algemeen ontwikkelingsniveau
- 320    Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling: schoolprestaties
- 390    Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling: overig

**400    Gezin en opvoeding**

- 410    Gezin en opvoeding: pedagogisch klimaat, opvoeding, verzorging
- 420    Gezin en opvoeding: functioneren ander gezinslid dan de jeugdige
- 430    Gezin en opvoeding: sociaal netwerk gezin
- 490    Gezin en opvoeding: overige omstandigheden gezin

**500    Omgeving jeugdige**

- 510    Omgeving jeugdige: speelzaal, school (niet prestaties), werk
  - 520    Omgeving jeugdige: sociaal netwerk jeugdige, vrienden en vrije tijd
  - 590    Omgeving jeugdige: overige omstandigheden
- 

De procedure tijdens de werkgroepbijeenkomsten was als volgt.

1. Een lid van de werkgroep schreef een eerste versie van de beschrijving van een subrubriek op basis van literatuur die medewerkers van het Nederlands Jeugdinstituut aanreikten;
2. Een tweede lid leverde commentaar op deze tekst, die samen met de eerste tekst, aan alle overige werkgroep leden werd toegestuurd;

3. Tijdens verschillende bijeenkomsten leverde een externe gast, die hiertoe vanwege zijn of haar specifieke expertise op een bepaald thema (bijvoorbeeld emotionele problemen, gedragsproblemen, opvoedingsproblemen) werd uitgenodigd, een bijdrage aan de discussie. Hij of zij leverde commentaar op de eerste conceptbeschrijving en lichtte dit tijdens de werkgroepbijeenkomst uitvoerig toe. Het ging om:
  - Frits Boer, De Bascule (emotionele problemen)
  - René Breuk, De Bascule (gedragsproblemen)
  - Harke Bosma, Rijksuniversiteit Groningen (problemen in de identiteitsontwikkeling)
  - Dirk Kraijer, Vanboeijen (problemen in de cognitieve ontwikkeling)
  - Lonneke van Leeuwen, Trimbos-instituut (gebruik van middelen/verslaving)
  - Jan Janssens, Radboud Universiteit Nijmegen (problemen gezin en opvoeding)
  - Micha de Winter, Universiteit Utrecht (problemen jeugdige en omgeving)
  - Janet van Bavel, Jeugdriagg Noord-Holland (verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin)
  - Marielle Balledux, Nederlands Jeugdinstituut (problemen op speelzaal, school of werk)
4. De eerste schrijver maakte op basis van het geleverde commentaar en de discussie tijdens de werkgroepbijeenkomst een tweede versie van de beschrijving;
5. Deze tweede versie werd voorgelegd aan een brede klankbordgroep van experts die zich hiervoor hadden aangemeld. In bijlage 3 is een overzicht opgenomen van de leden van deze klankbordgroep;
6. Op basis van dit laatste commentaar werd een derde versie van de beschrijving geschreven.

De derde versie van de beschrijvingen werd beschouwd als het eerste concept van het CAP-J. Dit eerste concept is in juni 2007 in vier regionale bijeenkomsten voorgelegd aan in totaal ongeveer 150 professionals uit de jeugdzorg. Het merendeel van de hulpverleners was enthousiast over het systeem en bevestigde de behoefte aan een dergelijk instrument in de praktijk. Er werden ook kritische kanttekeningen geplaatst, bij het systeem in het algemeen en bij concrete beschrijvingen. Naar aanleiding daarvan zijn de beschrijvingen door medewerkers van het Nederlands Jeugdinstituut nog een keer kritisch bezien, ook vanuit het perspectief van eenheid van begrippen en taalgebruik. Op basis van deze besprekingen en beschouwingen zijn de beschrijvingen van het CAP-J herzien. Om het geheel logischer te maken, is ook de indeling van de ISIS-tabel in dit stadium enigszins herzien. Deze aangepaste indeling (versie 1.0 van het CAP-J) is te vinden in schema 3. Omdat de indeling en de codering na aanleiding van het interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek nogmaals zijn aangepast (versie 2.0), lichten we in de volgende paragraaf de structuur toe aan de hand van versie 2.0.

---

### Schema 3: Domein van het CAP-J versie 1.0

*Groep Rubriek*

- 100 Psychosociaal functioneren jeugdige**
    - 101 Emotionele problemen
    - 102 Gedragsproblemen
    - 103 Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
    - 104 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)
    - 105 Gebruik van middelen/verslaving
    - 109 Overige psychosociale problemen jeugdige
  - 200 Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**
    - 201 Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap
    - 202 Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze
    - 203 Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten
  - 300 Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige**
    - 301 Problemen in de cognitieve ontwikkeling
  - 400 Gezin en opvoeding**
    - 401 Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding
    - 402 Problemen in de ouder-kindrelatie
    - 403 Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin
    - 404 Instabiele opvoedingssituatie
    - 405 Problemen van ouder/opvoeder
    - 406 Problemen van ander gezinslid
    - 407 Problemen in het sociaal netwerk gezin
    - 408 Problemen in omstandigheden gezin
    - 409 Overige problemen gezin en opvoeding
  - 500 Jeugdige en omgeving**
    - 501 Problemen op speelzaal, school of werk
    - 502 Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd
    - 509 Overige problemen omgeving jeugdige
- 

## 2.4 Structuur van het CAP-J

In november 2007 is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J onderzocht. De vraag was in hoeverre verschillende hulpverleners dezelfde problemen herkennen in eenzelfde casus. Door na te gaan voor welke rubrieken van het CAP-J de betrouwbaarheid hoog is en voor welke rubrieken de betrouwbaarheid (te) laag is, kunnen rubrieken die klaarblijkelijk onduidelijk zijn, worden opgespoord. Deze rubrieken en bijbehorende beschrijvingen zijn vervolgens aangepast. Ook is de codering enigszins aangepast. De resultaten van het onderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 3 van

dit rapport. Een verkorte versie van de aangepaste indeling is te vinden in schema 4. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met alle (sub)rubrieken.

---

#### **Schema 4: Domein van het CAP-J versie 2.0**

As      *Groep/rubriek*

**A      Psychosociaal functioneren jeugdige**

A100 Emotionele problemen

A200 Gedragsproblemen

A300 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)

A400 Gebruik van middelen/verslaving

A900 Overige psychosociale problemen jeugdige

**B      Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

B100 Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap

B200 Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze

B300 Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten

B900 Overige problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige

**C      Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige**

C100 Problemen in de cognitieve ontwikkeling

C200 Problemen met vaardigheden

C900 Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling

**D      Gezin en opvoeding**

D100 Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding

D200 Problemen in de ouder-kindrelatie

D300 Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin

D400 Instabiele opvoedingssituatie

D500 Problemen van ouder

D600 Problemen van ander gezinslid

D700 Problemen in het sociaal netwerk gezin

D800 Problemen in omstandigheden gezin

D900 Overige problemen gezin en opvoeding

**E      Jeugdige en omgeving**

E100 Problemen op speelzaal, school of werk

E200 Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd

E300 Problemen in omstandigheden jeugdige

E900 Overige problemen omgeving jeugdige

---

Het systeem bestaat uit assen, groepen, rubrieken en subrubrieken. Het systeem is daarmee hiërarchisch opgebouwd in verschillende niveaus. De vijf assen zijn genummerd met A, B, C, D en E. Bij de groepen is eerst de betreffende as waar ze onder vallen aangegeven, gevolgd door een honderdtal (bijv. A100, A200, B100, etc.). De groepen zijn weer onderverdeeld in rubrieken, hierbij is als het ware doorgenummerd (bijv. A201,



A202). Op dit niveau zijn de problemen beschreven. Het niveau daaronder, die van de subrubrieken, is niet beschreven. In versie 2.0 van het CAP-J betreft dit niveau alleen de voor de jeugdzorg relevante DSM- en ICD-categorieën. Dit niveau is in de bijlage van CAP-J integraal opgenomen (zie bijlage 1), maar voor de beschrijving ervan verwijzen we naar het oorspronkelijke classificatiesysteem (DSM of ICD). De rubrieken waar deze subrubrieken ondervallen hebben een code eindigend op ‘.x’, bijvoorbeeld A102.x, zodat duidelijk is dat het niet om een beschreven probleem gaat. De DSM- en ICD-categorieën hebben een CAP-J-code gekregen, de codering van de DSM en/of de ICD is achter de naam van de subrubriek tussen haakjes opgenomen. Zo is bij de subrubriek A201.01 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) tussen haakjes de DSM-codering (314.xx) en de ICD-codering (F90.0, F98.8) aangegeven.

Een voorbeeld om duidelijk te maken hoe het systeem is opgebouwd:

1. Niveau 1: as **A** (Psychosociaal functioneren jeugdige)
2. Niveau 2: groep **A200** (Gedragsproblemen)
3. Niveau 3: rubriek **A201** (Druk en impulsief gedrag) en **A201.x** (Aandachtstekortstoornissen en stoornissen in de impulsbeweging) als het gaat om een rubriek met onderliggende stoornissen uit de DSM en ICD
4. Niveau 4: subrubriek **A201.01** (Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD))

Niveau 4 is dus alleen in de uitgebreide versie van CAP-J opgenomen; deze staat in de bijlage van het systeem.

De assen worden beschreven door de groepen, de groepen door de rubrieken en de rubrieken hebben elk apart een inhoudelijke beschrijving gekregen. Elke as kent een groep ‘Overige problemen’. De code van deze groep eindigt altijd op 900 (bijv. A900 of D900). In de uitgebreide versie van CAP-J hangen onder de rubrieken nog de subrubrieken (DSM- en ICD-categorieën). De beschrijving van de rubrieken kent de volgende structuur:

- *Kenmerken*: algemene beschrijving van de problematiek, waarbij gestreefd is naar zo concreet mogelijke beschrijvingen van door hulpverleners waarneembare (gedrags)kenmerken bij de jeugdigen en de ouders. Vaak worden opsommingen van typerende kenmerken van het probleem genoemd. Let wel: deze opsommingen zijn nooit uitputtend;
- *Subtypes en/of specificaties*: duidelijk herkenbare te onderscheiden varianten in de verschijningsvorm van de problematiek;
- *Culturele, leeftijds- en seksespecifieke kenmerken en verloop*: speciale kenmerken van de problematiek voor jeugdigen met een bepaalde leeftijd, sekse of culturele achtergrond. Daarnaast wordt hier aangegeven wat bekend is over het verloop van de problematiek: wat gebeurt er als we niets doen, geen hulp verlenen? Men dient in het algemeen bij de beoordeling van de problematiek rekening te houden met het ontwikkelingsverschil tussen jeugdigen en met culturele verschillen bij het opgroeien waardoor problemen soms een andere uitingsvorm hebben of een andere betekenis. Onder dit kopje zijn alleen gegevens vermeld als dit gebaseerd kon worden op

(wetenschappelijk) onderzoek. Helaas is over deze speciale aspecten vaak maar weinig bekend en is dit onderdeel van de beschrijving bij de meeste problemen (nog) niet ingevuld. Gericht onderzoek hiernaar kan op den duur meer inzicht in deze specifieke kenmerken te geven. Wellicht dat gebruik van het CAP-J hierbij stimulerend werkt.

- *Niet te verwarren met*: rubrieken die makkelijk worden verward met de betreffende rubriek. Andere soortgelijke rubrieken (problemen) worden op deze manier onder de aandacht van de hulpverlener gebracht, waardoor de beoordeling beter afgewogen kan plaatsvinden. Het onderwerp ‘niet te verwarren met’ is nog niet uitputtend en zal in een volgende versie van het CAP-J worden uitgebreid. DSM- en ICD-categorieën zijn niet in het overzicht ‘niet te verwarren met’ opgenomen.

## **2.5 Domein, definities en uitgangspunten van het CAP-J**

Het domein van het CAP-J betreft *psychosociale problemen* en *stoornissen* (DSM- en ICD-categorieën) in de ontwikkeling van kinderen en jongeren, en problemen in de gezins- en leefomstandigheden. Het CAP-J heeft de DSM-categorieën dus opgenomen en voor de beschrijving wordt verwezen naar de DSM-publicaties.

Naast de individuele problemen en stoornissen van jeugdigen hebben ook hun ouders vaak opvoedproblemen. Soms zijn deze het gevolg van de problemen van het kind, soms ook van andere problemen of van de eigen vaardigheden op dit terrein. Met andere woorden: opvoedproblemen kunnen zowel bijkomende problemen zijn als hoofdp probleem van een cliëntensysteem. In het CAP-J kunnen de problemen en stoornissen van het gehele cliëntensysteem (ouders en kinderen) worden geclassificeerd.

Het CAP-J kan worden toegepast voor het hele cliëntensysteem: zowel de problemen van de jeugdige als de ouders/het gezinsysteem. En voor alle leefgebieden van de jeugdigen: psychosociaal, gezin, opvang/school/werk en omgeving van de jeugdige. Alle voor de startende hulpverlening relevante problematiek kan worden geclassificeerd in een reeks aan codes.

Onder de jeugdige verstaan we het kind of de jongere tot 23 jaar die de reden is voor aanmelding bij de jeugdzorg. We gebruiken de term ‘kind’ voor jeugdigen tot ongeveer 12 jaar (tot en met basisschoolleeftijd) en ‘jongere’ voor jeugdigen van 12 tot 23 jaar. Voor de hele leeftijdsgroep 0-23 jaar gebruiken we de term ‘jeugdigen’. Met kind, jeugdige en jongere bedoelen we zowel jongens als meisjes. In de teksten spreken we veelal over ‘hij’ waar ook ‘zij’ wordt bedoeld.

De problematiek van de aangemelde jeugdige kan worden aangeven met codes op as A (Psychosociaal Functioneren Jeugdige), as B (Lichamelijke Gezondheid), as C (Vaardigheden en Cognitieve Ontwikkeling Jeugdige) en as E (Jeugdige en Omgeving). Problemen in de opvoeding of van het gezin van de jeugdige zijn classificeerbaar met codes op as D (Gezin en Opvoeding). Ook de problematiek van de ouders van het bij de jeugdzorg aangemelde kind, voor zover deze het functioneren van de jeugdige negatief

beïnvloeden, maakt deel uit van deze classificatiecodes. De problematiek van broertjes en/of zusjes, die onderdeel uitmaken van het gezinssysteem en de problematiek van de aangemelde jeugdige – ook stief- of halfzusjes of -broertjes – wordt in dezelfde reeks classificatiecodes ondergebracht. Codes op as D zijn hierbij van toepassing. Wanneer de problematiek van de broers of zussen zelf ook behandeling behoeft, krijgt deze een aparte classificatie. Die broer of zus is dan zelf (een andere) cliënt van de jeugdzorg.

Bij de constructie van het CAP-J is rekening gehouden met de volgende uitgangspunten:

- Het systeem is hiërarchisch opgebouwd, het heeft een boomstructuur: er zijn vijf assen, 25 groepen en daaronder tientallen rubrieken en subrubrieken. Vanuit het perspectief van de assen worden de beschreven problemen steeds specifieker. Op het moment dat er op het niveau van de rubrieken niet duidelijk kan worden gekozen voor een bepaalde classificatie, kan een niveau hoger worden gezocht. Hoe hoger in de hiërarchie, hoe abstracter de probleembeschrijving. Hoe hoger het niveau van probleembeschrijving, hoe vaker hulpverleners het (hoogstwaarschijnlijk) met elkaar eens zijn over de gekozen classificatie(s), dus hoe betrouwbaarder het systeem.
- Het systeem is bruikbaar op diverse niveaus en de hele keten van de jeugdzorg: bureau jeugdzorg, jeugdbescherming, provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-lvg, justitiële jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, et cetera. Bureau jeugdzorg kan indien nodig volstaan met een classificatie van groepen, de zorgaanbieders hebben behoefte aan een meer specifieke duiding op rubriekniveau (zie ook paragraaf 1.7). Ook kan het systeem op termijn worden toegepast in de jeugdgezondheidszorg en in de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin. Er is (op as B) ruimte om de lichamelijke gezondheid, beperkingen en klachten te classificeren. Voor gebruik in de jeugd-GGZ is het belangrijk dat de DSM-categorieën (inclusief de internationale ontwikkeling ervan) deel uitmaken van het systeem (zie verder paragraaf 1.6). Voor de jeugdvoorzieningen in de (verstandelijk) gehandicapten sector (jeugd-LVG) is het belangrijk dat de (verstandelijke) beperking kan worden geclassificeerd. Dit is mogelijk op as B (Lichamelijke Gezondheid) en C (Vaardigheden en Cognitieve Vaardigheden).
- Het systeem bestrijkt alle relevante problemen van cliënten in de jeugdzorg: niet alleen van de aangemelde jeugdige, maar ook die van zijn of haar ouders, andere gezinsleden en de omgeving.
- Het systeem is voor alle typen cliënten bruikbaar: jeugdigen tot 23 jaar, zowel jongens als meisjes, jeugdigen met (verstandelijke) beperkingen, jeugdigen en gezinnen met diverse culturele achtergronden.
- Alle problemen van de cliënten in de jeugdzorg kan men in het CAP-J onderbrengen. Door bij elke as een rubriek met ‘overige problemen’ toe te voegen, kunnen alle problemen worden geplaatst. Deze rubriek biedt uitkomst als er geen nauwkeurig beschreven rubriek toepasbaar is.

### **3. Onderzoek naar interbeoordelaarsbetrouwbaarheid**

In dit hoofdstuk doen we verslag van het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zegt iets over de mate waarin verschillende mensen overeenkomen in hun oordeel. Allereerst komt de onderzoeksvraag aan de orde, daarna de opzet en uitvoering van het onderzoek. Vervolgens worden de analyses en resultaten besproken. In de slotparagraaf volgen de conclusies en een overzicht van de aanpassingen die in het systeem zijn gedaan op basis van de onderzoeksuitkomsten.

#### ***3.1 Doel van het onderzoek en de onderzoeksvraag***

Het doel van dit onderzoek is het vaststellen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek. De resultaten uit het onderzoek zijn gebruikt om te beslissen of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J voldoende is om het systeem in de praktijk te kunnen gaan gebruiken. Door na te gaan in hoeverre verschillende professionals dezelfde problemen in eenzelfde casus herkennen, kan worden vastgesteld in hoeverre professionals in hun beoordeling overeenkomen. Als er weinig overeenstemming wordt gevonden, is het CAP-J (nog) niet geschikt om in de praktijk te gaan gebruiken. Het systeem wordt dan aangepast. Daarom is het belangrijk om niet alleen vast te stellen of het CAP-J voldoende betrouwbaar is, maar ook om na te gaan welke rubrieken wel en welke rubrieken minder betrouwbaar zijn. Het onderzoek wijst uit op welke rubrieken professionals vaak met elkaar overeenstemmen en op welke rubrieken zij van mening verschillen. Rubrieken waarop weinig overeenstemming is, worden op een of andere manier aangepast: mogelijk is de beschrijving niet duidelijk en zal de beschrijving bijgesteld moeten worden. Het kan ook zijn dat de rubriek teveel overlapt met een andere rubriek. Dan zullen twee rubrieken samengevoegd worden of zo aangepast worden, dat ze duidelijker van elkaar te onderscheiden zijn.

In dit onderzoek wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een groot deel van het systeem onderzocht. Echter, niet alle rubrieken worden in het onderzoek meegenomen, omdat het onderzoek anders te omvangrijk zou worden. In dit onderzoek richten we ons op nieuw beschreven rubrieken en rubrieken waarvan we verwachten dat er veel discussie over zal zijn. In paragraaf 3.2 wordt uitgelegd welke rubrieken zijn geselecteerd voor het onderzoek en om welke redenen niet alle rubrieken bij het onderzoek betrokken zijn.

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat, luidt:

Is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J voldoende om het systeem in de praktijk te kunnen gaan gebruiken?

Deze onderzoeksvraag is uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1. Voor welke rubrieken is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende?
2. Voor welke rubrieken is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog onvoldoende?
3. Met welke aanpassingen in rubrieken en beschrijvingen kunnen we de betrouwbaarheid van het CAP-J verhogen?

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt in dit onderzoek als voldoende beschouwd als er een redelijke mate van overeenstemming wordt bereikt. Uit de literatuur komt naar voren dat er bij dergelijke systemen voor jeugdigen eerder sprake is van een matige tot redelijke betrouwbaarheid (voor een overzicht, zie Van Yperen, 1995; Kroes, 2006). Daarom zijn de onderzoekers tevreden als het grootste deel van de onderzochte rubrieken een redelijke of goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft en er geen rubrieken zijn waarvan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als slecht wordt beschouwd.

### **3.2 Opzet en uitvoering onderzoek**

Voor het onderzoek zijn vijftig vignetten (casusbeschrijvingen) opgesteld waarin het merendeel van de CAP-J-rubrieken is verwerkt. Tijdens drie onderzoeksdagen en een onderzoeksmiddag, verspreid over het land, zijn de vignetten beoordeeld door ruim zestig professionals die werkzaam zijn op het brede terrein van jeugd en opvoeding. Deze groep is representatief voor de professionals die straks met het CAP-J gaan werken. Voorafgaand aan het beoordelen van de vignetten hebben de professionals een inleiding op het systeem en een instructie voor het onderzoek gekregen en de tijd gehad om het systeem door te nemen. Elke deelnemer heeft minimaal vijf vignetten beoordeeld. Totaal zijn circa 325 beoordelingen gemaakt. Alle gegevens zijn in SPSS ingevoerd en vervolgens gecontroleerd, opgeschoond en geanalyseerd.

#### ***Vignettenmethode***

Vignetten zijn systematisch uitgewerkte beschrijvingen van concrete situaties (Berben, 2000). Een vignet bevat een aantal kenmerken, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en de aard en de ernst van de problematiek. Een combinatie van deze kenmerken vormt een vignet. Elk vignet heeft een unieke combinatie van kenmerken en wordt ingevuld met een casus. Het CAP-J is een systeem voor de aard van de problematiek, vandaar dat in de vignetten die voor dit onderzoek zijn gebruikt, met name de aard van de problematiek systematisch is uitgewerkt. In de volgende paragraaf wordt de constructie van de vignetten nader toegelicht.

De vignettenmethode is eerder gebruikt in sociaalpsychologisch onderzoek (Rossi, Simpson & Miller in: Berben, 2000), maar ook bij onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van taxatie-instrumenten (Nasuti & Pecora, 1993) en classificatiesystemen zoals de DSM (American Psychiatric Association, 2000) en het

MAC (World Health Organization, 1996; Mezzich, Mezzich & Coffman, 1985; Remschmidt, Schmidt, & Göbel, 1983; Rutter, Shaffer & Shepherd, 1975).

### *Variantiebronnen*

Bij de opzet van een interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsstudie heeft men te maken met vijf variantiebronnen die ertoe kunnen leiden dat invullers verschillende scores toekennen bij een casus (Spitzer, Endicott & Robins, 1975; zie ook Van Yperen, 1990):

- A. *Subjectvariantie*. Als codeurs op verschillende tijdstippen een cliënt spreken en observeren en daarna het classificatiesysteem scoren, kan de psychische conditie of de omgeving van de casus tussentijds zijn veranderd. Dat zorgt ervoor dat de codeurs terecht verschillende categorieën scoren.
- B. *Situatievariantie*. Bij het observeren of spreken op verschillende tijdstippen kan het probleem van de casus misschien niet zijn veranderd, maar kan het beeld verschillen door fluctuaties in de tijd. Ook dat kan er toe leiden dat er terecht verschillende categorieën van het CAP-J worden gescoord.
- C. *Informatievariantie*. Codeurs kunnen uit verschillende informatiebronnen geput hebben. Dat levert ongewenste verschillen in gescoorde categorieën, omdat deze feitelijk niets te maken hebben met de conditie waarin de cliënt verkeert.
- D. *Observatievariantie*. Codeurs kunnen uit dezelfde informatiebronnen putten, maar verschillen in wat hen opvalt of verschillende accenten leggen. Ook dit leidt ongewenst tot het scoren van verschillende categorieën.
- E. *Criteriumvariantie*. Codeurs kunnen verschillen in de eigen regels die ze toepassen bij het toekennen van scores.

### *Uitschakelen van variantiebronnen*

Door het CAP-J te gebruiken kan met name de criteriumvariantie (E) worden geminimaliseerd. Immers, een van de doelen van het CAP-J is het bevorderen van eenheid van taal tussen professionals. De beschrijvingen zorgen ervoor dat duidelijk is wat wel en wat niet onder een bepaald probleem wordt verstaan. In de praktijk blijkt dat professionals vaak verschillende invullingen geven aan bepaalde termen. Het systeem gaat deze eigen invulling tegen.

Om te onderzoeken of dat goed gebeurt, is het belangrijk de andere variantiebronnen zoveel mogelijk uit te schakelen. Een gebruikelijke manier om dat te doen is door te werken met vignetten: codeurs krijgen casusbeschrijvingen voorgelegd die ze onafhankelijk van elkaar moeten scoren op het instrument. De casus is voor elke codeur hetzelfde. Wanneer de codeurs van mening verschillen, komt dat in ieder geval niet doordat zij de casus op een verschillend tijdstip hebben gesproken en geobserveerd, waardoor de psychische conditie, de omgeving van de casus of de situatie anders kunnen zijn. Het gaat immers om een beschrijving van een casus op een bepaald moment dat voor elke codeur hetzelfde is. Omdat elke codeur dezelfde informatie heeft, kunnen verschillen ook niet verklaard worden door verschillen in informatiebronnen. Drie bronnen van variantie, namelijk de subject-, informatie- en situatievariantie (A, B en C) worden dus uitgeschakeld door te werken volgens de vignettenmethode. Dit heeft als gevolg dat de resultaten vooral beïnvloed worden door de observatievariantie (D). Dat wil zeggen dat codeurs tot een verschillende beoordeling komen, omdat hen andere dingen

opvalt. Een manier om te zien of deze bron invloed heeft op de uiteindelijk gemeten betrouwbaarheid is door typen codeurs te onderscheiden, waarvan het vermoeden is dat deze verschillen in de zaken waar ze op letten. In de literatuur over betrouwbaarheidsonderzoek wordt in dat verband wel onderscheid gemaakt in de mate van ervaring die codeurs in hun vak en/of met het instrument hebben.

### ***Constructie van de vignetten***

Voor het onderzoek zijn vijftig vignetten opgesteld waarin een groot deel van de CAP-J-rubrieken is verwerkt (in bijlage 4 zijn twee vignetten als voorbeeld opgenomen). Om het onderzoek te kunnen beperken tot vijftig vignetten zijn niet alle CAP-J-rubrieken in het onderzoek meegenomen. Allereerst zijn alle stoornissen (subrubrieken) die al in de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) zijn opgenomen niet in het onderzoek meegenomen. De American Psychiatric Association (APA) heeft de DSM ontwikkeld en organiseert het onderhoud van dit systeem in internationale discussies en onderzoek. We interfereren niet in dit lopende ontwikkel- en onderzoekstraject. Daarnaast is het classificeren van DSM-stoornissen voorbehouden aan een beperkte groep professionals. Zowel de groep codeurs die voor het onderzoek de casussen gaat beoordelen als de groep professionals die straks het classificatiesysteem in de praktijk gaat gebruiken, zal grotendeels bestaan uit mensen die geen DSM-stoornissen mogen classificeren.

Naast de DSM-stoornissen, zijn ook de rubrieken van As 200 (Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige) niet geselecteerd. Hiervoor geldt hetzelfde als voor de DSM-stoornissen, namelijk dat het merendeel van deze rubrieken al in een ander systeem zijn onder gebracht: deze rubrieken zijn beschreven in de International Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) en kennen een eigen ontwikkel- en onderzoekstraject.

### ***Onderzochte rubrieken***

Rubrieken die wel zijn geselecteerd, zijn de rubrieken van de drie meest voorkomende assen (As 100: Psychosociaal Functioneren Jeugdige; As 300: Vaardigheden en Cognitieve Ontwikkeling Jeugdige; As 400: Gezin en Opvoeding), op een aantal rubrieken na waarop de onderzoekers weinig ‘discussie’ verwachten. Dit zijn met name rubrieken waarbij er weinig overlap lijkt te zijn met andere rubrieken, zoals rubriek 109.3 Automutilatie en 408.2 Financiële problemen. Uiteraard is dit slechts een inschatting van de onderzoekers en zal nader onderzoek moeten uitwijzen of deze rubrieken inderdaad voldoende duidelijk zijn.

Tenslotte is van as 500 (Jeugdige en Omgeving) een enkele rubriek geselecteerd. In bijlage 5 staat precies aangegeven welke rubrieken zijn geselecteerd. Er zijn in totaal 38 rubrieken geselecteerd.

### *Samenstellen vignetten*

De 38 geselecteerde rubrieken zijn verwerkt in totaal vijftig vignetten. De meeste rubrieken zijn in vijf vignetten verwerkt. Een enkele rubriek komt vier of zes keer in de vignetten voor. De beoordeling van een bepaalde rubriek is daardoor niet afhankelijk van één vignet. Als een bepaalde rubriek slechts in één vignet verwerkt zou zijn, zou het beeld van overeenstemming vertekend kunnen worden doordat in dat vignet die rubriek te duidelijk naar voren komt (waardoor er meer overeenstemming gevonden wordt dan in de praktijk verwacht mag worden) of juist nauwelijks herkenbaar is (waardoor er minder overeenstemming gevonden wordt dan in de praktijk verwacht mag worden). Bovendien moeten rubrieken voldoende vaak gescoord worden om een betrouwbare overeenstemmingsmaat te kunnen berekenen. In paragraaf 3.3 lichten we dit verder toe. Het aantal rubrieken dat in een vignet is verwerkt, verschilt per vignet. Door te variëren in het aantal rubrieken per vignet is afwisseling ontstaan in de complexiteit van de problematiek. Per vignet zijn twee tot zeven rubrieken verwerkt, met een gemiddelde van vier rubrieken per vignet. Voorafgaand aan het schrijven van de vignetten is een schema opgesteld waarin per vignet het aantal te verwerken rubrieken is aangegeven. Vervolgens zijn de rubrieken op willekeurige basis verdeeld over de vignetten. Vignetten waarin onnatuurlijke combinaties van problemen voorkwamen zijn zo aangepast dat er reële praktijksituaties ontstonden. Op basis van het schema en met behulp van bestaande casusbeschrijvingen als inspiratiebron zijn de vignetten geschreven. De vignetten variëren in achtergrondkenmerken, zoals sekse leeftijd, etniciteit en gezinssamenstelling. Om ervoor te zorgen dat het beoordelen van de casus niet makkelijker is dan in de praktijk, wordt er in de vignetten geen opsomming van problemen gegeven, maar zijn de problemen als het ware door het vignet verweven.

### *Vignettencombinaties*

De codeurs die aan het onderzoek deelnamen, kregen een pakketje met vijf verschillende vignetten. Er zijn verschillende vignetcombinaties gemaakt om te voorkomen dat een bepaalde vignetcombinatie door een groot aantal codeurs zou worden beoordeeld. Door twintig combinaties te hanteren, is elke combinatie door maximaal vier codeurs beoordeeld. Vignetcombinatie 1 bestaat bijvoorbeeld uit de vignetten 1, 21, 41, 13 en 34. Er zijn niet meer dan vier codeurs die deze combinatie hebben beoordeeld. Zo zijn er twintig vignetcombinaties die elk uit een unieke samenstelling van vignetten bestaat. Bij het maken van de vignetcombinaties is ook rekening gehouden met de plaats van het vignet binnen een combinatie. Op die manier hebben de onderzoekers voorkomen dat een bepaald vignet steeds als eerste of als laatste werd beoordeeld. De invloed van de plaats van het vignet is hierdoor uitgeschakeld.

### ***Werving codeurs***

Voor het werven van codeurs is gebruik gemaakt van contacten die eerder waren gelegd in het kader van de ontwikkeling van het CAP-J. Aan de twaalf werkgroepleden, die betrokken waren bij het maken van de eerste beschrijvingen voor het systeem, is gevraagd ieder drie collega's te vragen aan het onderzoek deel te nemen. Daarnaast zijn alle mensen die in juni 2007 aan een van de regionale bijeenkomsten hebben



deelgenomen per mail benaderd om zich op te geven voor een van de onderzoeksdagen of daarvoor een collega te vragen. Tenslotte zijn er nog deelnemers geworven vanuit persoonlijke contacten van de onderzoekers. In alle mails die zijn verzonden is aangegeven welke professionals nodig waren voor het onderzoek:

*“We zoeken professionals die werkzaam zijn binnen het brede terrein van de jeugdzorg, dus die werken bij bijvoorbeeld bureau jeugdzorg (inclusief gezinsvoogdij, jeugdreclassering en AMK), een zorgaanbieder, de jeugd-GGZ, de zorg voor LVG-jeugd en de justitiële jeugdzorg (inclusief de Raad voor de Kinderbescherming) en die bij voorkeur ervaring hebben met cliëntcontacten, al dan niet in het verleden of op een indirecte wijze (bijv. via begeleiding van uitvoerend medewerkers). Wij zijn op zoek naar zowel HBO- als universitair geschoolde professionals en professionals met zowel weinig als veel ervaring in de jeugdzorg.”*

Kortweg gaat het om HBO'ers en WO'ers die ervaring hebben met cliëntcontacten binnen het brede terrein van de jeugdzorg.

Net zoals bij de regionale bijeenkomsten in juni 2007, konden de potentiële deelnemers zich opgeven voor een van de onderzoeksdagen die waren verspreid over het land (Utrecht, Amsterdam en Breda) en over verschillende dagen begin november 2007.

Omdat het aantal aanmeldingen vanuit bureau jeugdzorg gering was, hebben de onderzoekers later nog een mail gestuurd naar een aantal medewerkers van bureau jeugdzorg van wie het emailadres bekend is bij het Nederlands Jeugdinstituut. Ook de jeugd-GGZ bleek onvoldoende vertegenwoordigd. In het voorjaar van 2008 is daarom een extra onderzoeksmiddag georganiseerd bij de Bascule in Amsterdam.

### **Kenmerken codeurs**

In totaal hebben 62 professionals meegedaan aan het onderzoek. Tezamen vertegenwoordigen zij 23 organisaties, bijna allemaal op het gebied van de jeugdzorg (zie bijlage 6 voor een overzicht van deze organisaties).

### *Opleiding*

De grootste groep codeurs heeft een wetenschappelijke opleiding gevolgd (ruim 70%), vaak (ortho)pedagogiek of psychologie. Een kleine 30% heeft een HBO-studie gedaan; sociaal pedagogische hulpverlening en maatschappelijk werk en dienstverlening zijn binnen deze groep de meest voorkomende opleidingen. Eén codeur heeft een MBO-achtergrond.

Van de codeurs werkt 37% als gedragsdeskundige/orthopedagoog/psycholoog. Bijna een op de vijf codeurs (18%) is GZ-psycholoog. De rest van de codeurs bestaat uit groepsbegeleiders (8%), ambulant hulpverleners (7%), (psycho)diagnostici/psychodiagnostisch medewerkers (5%), managers (5%), (gezins)voogden (3%), stagiaires (3%) en overige medewerkers (14%).

### *Leeftijd*

De leeftijd van de codeurs varieert tussen de 23 en 63 jaar en is gemiddeld 40 jaar. In tabel 1 hieronder is te zien dat de grootste groep codeurs tussen de 21 en 30 jaar oud is (32%). De daaropvolgende leeftijdsgroep (31 tot en met 40 jaar) is het minst vertegenwoordigd (16%). Eén op de vijf codeurs is tussen de 41 en 50 jaar oud (21%) en één op de vier codeurs is ouder dan 50 jaar. De groep onder de 40 jaar is ongeveer even groot als de groep 40-plussers.

**Tabel 1. Leeftijd codeurs**

| <b>Leeftijd</b>  | <b>Frequentie</b> | <b>Percentage</b> |
|------------------|-------------------|-------------------|
| 21 t/m 30 jaar   | 20                | 32                |
| 31 t/m 40 jaar   | 11                | 18                |
| 41 t/m 50 jaar   | 13                | 21                |
| 51 jaar en ouder | 17                | 27                |
| Missing          | 1                 | 2                 |
| <b>Totaal</b>    | <b>62</b>         | <b>100</b>        |

### *Werkervaring*

Tabel 2 hieronder betreft het aantal jaren werkervaring in de jeugdzorg. De werkervaring varieert van 1 tot 35 jaar met een gemiddelde van ongeveer 10 jaar. Iets meer dan de helft van de codeurs heeft meer dan 10 jaar werkervaring in de jeugdzorg. De grootste groep wordt gevormd door professionals die 5 jaar of minder werkervaring hebben (29%). Het minst vertegenwoordigd zijn de codeurs die tussen de 16 en 25 jaar werkervaring hebben: van de 62 codeurs vallen er 11 in deze categorie.

**Tabel 2: Aantal jaren werkzaam in de jeugdzorg**

| <b>Aantal jaren werkervaring</b> | <b>Frequentie</b> | <b>Percentage</b> |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 0- 5 jaar                        | 18                | 29                |
| 6-10 jaar                        | 11                | 16                |
| 11-15 jaar                       | 12                | 19                |
| 16-20 jaar                       | 6                 | 9                 |
| 21-25 jaar                       | 5                 | 8                 |
| 26 jaar en langer                | 8                 | 13                |
| Missing                          | 2                 | 3                 |
| <b>Totaal</b>                    | <b>62</b>         | <b>100</b>        |

### *Bekendheid CAP-J*

Aan alle codeurs is gevraagd of zij de CAP-J-beschrijvingen eerder hebben gezien, bijvoorbeeld tijdens een van de regionale bijeenkomsten in juni 2007. Van de 62 codeurs hebben zeventien codeurs aangegeven de CAP-J-beschrijvingen eerder te hebben gezien (27%).

### **Onderzoeksdagen**

In het najaar van 2007 vonden de drie onderzoeksdagen plaats waarop de deelnemers hun bijdrage aan het onderzoek konden leveren. Aan elke onderzoeksdag namen

ongeveer twintig professionals deel. Er werd geen voorbereiding van de deelnemers gevraagd. Zoals in de vorige paragraaf vermeld, zag ruim 70% van codeurs de beschrijvingen van het classificatiesysteem voor het eerst tijdens de onderzoeksdag.

#### *Programma onderzoeksdagen*

Het programma was voor elke onderzoeksdag hetzelfde: de dag begon, na de ontvangst, met een uitleg van het classificatiesysteem. Tijdens deze uitleg hoorden de codeurs onder andere waarom en hoe het systeem ontwikkeld is, welke doelen het systeem dient en wat de voor- en nadelen van classificeren zijn. Vervolgens kregen de codeurs instructies voor het onderzoek. Allereerst werden zij wegwijs gemaakt in het systeem door de assen van het systeem en een aantal rubrieken toe te lichten en een aantal beschrijvingen door te lopen. Daarna hoorden de codeurs wat er van hen verwacht werd (zie verderop in deze paragraaf). Vervolgens hadden de codeurs ongeveer een uur de tijd om het classificatiesysteem in stilte te bestuderen en beschrijvingen door te lezen. Na de pauze beoordeelden de codeurs een oefencasus die daarna plenair werd besproken. Het laatste gedeelte van de onderzoeksdag bestond uit het beoordelen van vijf casussen per codeur. De codeurs kregen een pakketje met de vijf vignetten van één van de twintig vignetcombinaties.

De opzet van de extra onderzoeksmiddag die in het voorjaar van 2008 bij de Bascule plaatsvond, had dezelfde opzet als de drie onderzoeksdagen. Omdat de onderzoeksdag daar werd beperkt tot één middag is het programma op een aantal punten ingekort.

#### *Opdracht*

De codeurs kregen de opdracht maximaal acht rubrieken te scoren per vignet. Omdat het onderzoek zich niet richt op de DSM-stoornissen (subrubrieken) en de rubrieken van As 200 (Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige) kregen de codeurs de opdracht deze (sub)rubrieken niet te scoren. De overige rubrieken konden allemaal gescoord worden, zowel de rubrieken die (bewust) in de vignetten verwerkt waren als de rubrieken die niet in de vignetten verwerkt waren. Uiteraard wisten de codeurs niet welke rubrieken wel en niet bewust in de vignetten waren verwerkt. Zij kregen onbeperkt de tijd om de vijf casussen te lezen en te beoordelen. De codeurs stond het vrij na het beoordelen van de vijf casussen nog een of twee extra casussen te beoordelen of naar huis te gaan.

### **3.3 Analyses en resultaten**

In deze paragraaf worden de resultaten van het onderzoek besproken. Ook lichten we de analyses toe die daarbij zijn gebruikt. Duidelijk wordt voor welke CAP-J-rubrieken de betrouwbaarheid voldoende is en voor welke rubrieken de betrouwbaarheid nog onvoldoende is. De rubrieken waarvan de betrouwbaarheid nog onvoldoende is, zijn vervolgens aangepast door medewerkers van het Nederlands jeugdinstituut. Op welke manier deze rubrieken zijn aangepast, wordt in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk besproken (paragraaf 3.4).

### **Keuze overeenstemmingsmaat**

In hoeverre codeurs onderling overeenstemmen in hun keuze hangt af van twee dingen:

1. de rubrieken waarover de codeurs het eens zijn dat ze *wel* in de casus voorkomen;
2. de rubrieken waarover de codeurs het eens zijn dat ze *niet* in de casus voorkomen.

Het gaat echter niet alleen om het percentage overeenstemming. Codeurs kunnen ook bij wijze van toeval dezelfde keuze hebben gemaakt. Als een bepaald probleem vaak voorkomt, dan is het niet vreemd dat de codeurs het vaak met elkaar eens zijn dat dat probleem aan de orde is. Bij het bepalen van de overeenstemming tussen codeurs is het daarom noodzakelijk een maat te gebruiken die rekening houdt met toeval. Welke maat geschikt is, hangt onder andere af van het type variabelen, het aantal codeurs per vignet en of dit aantal constant is of wisselt per vignet.

In dit onderzoek hebben de codeurs na het bestuderen van een bepaalde casus aangegeven welke problemen (rubrieken) zij in de casus hebben herkend. Een rubriek kon wel of niet worden gescoord, dat wil zeggen dat de codeurs een rubriek niet 'een beetje' konden scoren. Men spreekt in dit geval van dichotome variabelen: de variabelen kennen slechts twee waarden, in dit geval 'wel aanwezig' en 'niet aanwezig'. Dichotome variabelen zijn van nominaal meetniveau.

### *Overeenstemmingsmaten*

Cohen's kappa is een veelgebruikte maat bij het berekenen van de interbeoordelaars-betrouwbaarheid op nominaal niveau. Deze standaardmaat is echter alleen geschikt als er twee beoordelingen per vignet gemaakt worden. In dit onderzoek zijn vignetten door vier, vijf, zes of zeven codeurs beoordeeld. Er zijn dus meer dan twee beoordelingen per vignet. Bovendien verschilt het aantal beoordelingen per vignet. Voor de berekening van de overeenstemming hebben we dan ook het algoritme zoals beschreven door Fleiss & Cuzick (1979) gebruikt. Hierin worden kappa en de intraclass-correlatiecoëfficiënt beschreven voor de analyse van dichotome data (CAP-J-rubriek wel/niet aanwezig) en een ongelijk aantal codeurs per vignet. Voor elke CAP-J-rubriek die in de vignetten is verwerkt, is bepaald of de codeurs die het vignet hebben beoordeeld, de betreffende rubriek hebben gescoord. Om de grootte van de kappa's te kunnen beoordelen, is de volgende vuistregel gehanteerd (zie ook Van Yperen, 1990; Van Yperen, 1995; Van Yperen, Roosma & Veerman, 2008): wanneer de kappa zich bevindt onder .20 spreken we van een *slechte* overeenstemming, tussen .20 en .40 van een *matige* overeenstemming, tussen .41 en .60 van een *redelijke* overeenstemming en boven de .60 van een *goede* overeenstemming.

### *Baserate*

Voorafgaand aan de berekening van de kappa is bepaald of de rubriek voldoende vaak is gevonden om überhaupt een betrouwbare overeenstemmingsmaat te kunnen berekenen: de *baserate* is bepaald. Deze baserate is berekend door het totaal aantal keer dat een rubriek is gescoord te delen door het aantal keer dat alle vignetten zijn beoordeeld. Van rubrieken waarvan de baserate onder de 5% was, zijn de overeenstemmingsmaten niet goed te interpreteren. Vervolgens zijn voor alle rubrieken die bewust in de vignetten zijn verwerkt en waarvan de baserate voldoende is, kappa en de significantie van kappa

berekend (middels de z-toets). Tevens is er gekeken naar de scoring van rubrieken die niet bewust in de vignetten zijn verwerkt, maar wel door de codeurs zijn gescoord.

### **Beoordelingen**

De meeste codeurs hebben vijf vignetten beoordeeld conform de opdracht. Twaalf codeurs hebben een extra vignet gescoord en een enkeling heeft zelfs twee of drie extra vignetten beoordeeld. De 62 codeurs hebben tezamen 327 beoordelingen gemaakt. Bijna alle vignetten zijn zes of zeven keer beoordeeld. Alle beoordelingen zijn ingevoerd in SPSS en opgeschoond voorafgaand aan de analyses.

De beoordelingen zijn eerst bestudeerd op *accuratesse* (vonden de codeurs de rubrieken die bewust door de onderzoekers in de vignetten werden verwerkt?) en *precisie* (was er een redelijke verhouding tussen het aantal gevonden rubrieken dat door de onderzoekers was verwerkt en het totaal aantal rubrieken dat in het vignet werd gescoord?). De accuratesse (het percentage van de verwerkte vignetten dat door de codeur werd herkend) varieerde van 18,2 tot 84,2% en was gemiddeld 52,6% (standaarddeviatie 12,3). De precisie (het percentage in het vignet verwerkte rubrieken ten opzichte van het totaal aantal coderingen) varieerde van 18,2 tot 76,2% en was gemiddeld 49,9% (standaarddeviatie 13,8). Twee codeurs scoorden op beide aspecten erg laag (<20%); zij werden van verdere berekeningen uitgesloten.

Op alle assen is het mogelijk een rubriek 'overige problemen op deze as' te scoren indien de codeur een probleem ontdekt dat niet onder een van de rubrieken valt. Wanneer de rubrieken 'overige problemen' vaak worden gescoord, zijn blijkbaar niet alle mogelijke problemen in het systeem opgenomen. Over alle beoordelingen is in totaal zes keer een rubriek 'overige problemen' gescoord. Vrijwel alle problemen konden de codeurs in een van de rubrieken kwijt.

### *Betrouwbaarheid van de CAP-J- rubrieken<sup>2</sup>*

Tabel 3 op pagina 36 laat de rubrieken zien die afvielen voor verdere bestudering van de betrouwbaarheid omdat de baserate te laag is. Deze rubrieken zijn dus, hoewel ze zijn verwerkt in de vignetten, te weinig herkend door de codeurs om de betrouwbaarheid na te kunnen gaan. Alle rubrieken komen voor op de as 'Gezin en Opvoeding'. De minst aangegeven rubriek was rubriek 402.9: *mishandeling ouder door jeugdige*. Deze rubriek werd in minder dan 2% van de observaties gevonden. Het lage percentage is gedeeltelijk te wijten aan het feit dat deze rubriek in slechts drie vignetten bewust door de onderzoekers was verwerkt. Ook 403.1 (*jeugdige slachtoffer verwaarlozing*) en 405.3 (*problemen bij zwangerschap of na geboorte kind*) werden weinig herkend. Het feit dat deze rubrieken niet goed herkend worden, betekent dat deze rubrieken op een of andere wijze aangepast moeten worden. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk zal daar aandacht aan besteed worden.

---

<sup>2</sup> In dit onderzoek wordt gewerkt met de codes uit CAP-J versie 1.0. Deze codes komen niet overeen met de codes uit de aangepaste versie (versie 2.0). Ook bevat de codering uit versie 1.0 een aantal fouten waardoor de codering soms niet logisch is.

**Tabel 3: CAP-J-rubrieken die niet op interbeoordelaarskenmerken kunnen worden bestudeerd**

| Code  | Omschrijving                                   | Baserate |
|-------|--|----------|
| 401.5 | Problematische gezinscommunicatie              | 4.28     |
| 401.2 | Pedagogische onwil                             | 3.67     |
| 405.6 | Antisociaal gedrag ouder/opvoeder              | 3.67     |
| 405.3 | Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind | 3.36     |
| 403.1 | Jeugdige slachtoffer verwaarlozing             | 3.06     |
| 402.9 | Mishandeling ouder door jeugdige               | 1.83     |

Tabel 4 hieronder laat vervolgens de overeenstemming zien tussen de codeurs voor die rubrieken die wel boven de baserate scoorden. Alle kappa's blijken significant af te wijken van 0. Dat betekent dat er voor alle rubrieken meer overeenstemming is dan op basis van toeval zou worden gevonden. De meest gerapporteerde rubriek is 401.3 (*problemen met verzorging, ondersteuning en bescherming kinderen*). De overeenstemming voor deze rubriek is echter matig. In totaal verdient één rubriek de kwalificatie 'slecht', namelijk rubriek 401.1 (*inadequate opvoedingsaanpak*). Verder zijn er zes rubrieken (19%) die matig scoren, achttien rubrieken (56%) die redelijk scoren en zeven rubrieken (22%) die goed scoren. Al met al scoren veruit de meeste rubrieken bevredigend (redelijk of goed). De rubriek waar de beste overeenstemming voor is gemeten, is rubriek 403.2 (*jeugdige slachtoffer mishandeling*). De zeven rubrieken die als 'slecht' of 'matig' uit het onderzoek naar voren komen, zullen nader worden bekeken en vervolgens aangepast worden.

**Tabel 4: Interbeoordelaarskenmerken van CAP-J-rubrieken**

| Code  | Omschrijving   | Base-rate% | Overeenstemming% | Kappa | Z <sup>3</sup> |    | Kwaliteit |
|-------|--|------------|------------------|-------|----------------|----|-----------|
| 101.1 | Introvert gedrag   | 9.79       | 96.64            | 0.66  | 19.91          | ** | goed      |
| 101.2 | Angstproblemen   | 10.70      | 93.58            | 0.42  | 12.62          | ** | redelijk  |
| 101.3 | Stemmingsproblemen   | 11.01      | 92.35            | 0.35  | 10.73          | ** | matig     |
| 102.1 | Druk en impulsief gedrag                                   | 10.09      | 96.94            | 0.69  | 20.83          | ** | goed      |
| 102.2 | Opstandig gedrag en/of ernstig probleemgedrag              | 17.43      | 92.35            | 0.58  | 17.56          | ** | redelijk  |
| 104.1 | Problemen met de competentiebeleving                       | 10.09      | 93.58            | 0.41  | 12.26          | ** | redelijk  |
| 104.2 | Sociale vaardigheidsproblemen                              | 11.93      | 90.21            | 0.24  | 7.35           | ** | matig     |
| 104.3 | Problemen in de gewetensvorming/ morele ontwikkeling       | 8.26       | 95.11            | 0.49  | 14.76          | ** | redelijk  |
| 104.4 | Identiteitsproblemen                                       | 12.23      | 92.35            | 0.37  | 11.29          | ** | matig     |
| 105.1 | Problematisch gebruik psychoactieve middelen               | 6.42       | 95.11            | 0.38  | 11.57          | ** | matig     |
| 105.2 | Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen     | 6.73       | 97.55            | 0.66  | 19.87          | ** | goed      |
| 109.1 | Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen | 19.57      | 89.91            | 0.47  | 14.14          | ** | redelijk  |

- vervolg tabel 4 op de volgende pagina -

<sup>3</sup> Voor elke Z-waarde (gestandaardiseerde waarde) wordt het significantieniveau aangegeven in de kolom naast de Z-waarde. P < .01 (aangegeven met \*\*) betekent dat de kans dat de berekende Z-waarde op toeval berust, kleiner is dan 1%.

**Vervolg Tabel 4: Interbeoordelaarskenmerken van CAP-J-rubrieken**

| Code    | Omschrijving   | Base-rate% | Overeenstemming% | Kappa | Z <sup>4</sup> |    | Kwaliteit |
|---------|--|------------|------------------|-------|----------------|----|-----------|
| 301.2   | Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen                                  | 6.12       | 95.11            | 0.34  | 10.12          | ** | matig     |
| 301.3.0 | Problemen met schoolprestaties/ leerproblemen                                  | 11.43      | 94.64            | 0.53  | 14.47          | ** | redelijk  |
| 301.3   | Aandachtsproblemen   | 9.79       | 94.80            | 0.53  | 16.08          | ** | redelijk  |
| 401.1   | Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische)                           | 15.29      | 86.54            | 0.16  | 5.00           | ** | slecht    |
| 401.3   | Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming                         | 29.66      | 79.82            | 0.25  | 7.58           | ** | matig     |
| 401.4   | Onenigheid tussen ouders/opvoeders over opvoedingsaanpak                       | 9.17       | 95.41            | 0.54  | 16.16          | ** | redelijk  |
| 402.2   | Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige                                  | 7.03       | 96.64            | 0.59  | 17.75          | ** | redelijk  |
| 402.3   | Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)                                  | 10.70      | 96.33            | 0.67  | 20.10          | ** | goed      |
| 402.5   | Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder(s)                          | 9.48       | 95.41            | 0.53  | 16.01          | ** | redelijk  |
| 402.6   | Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder/verzorger                      | 10.70      | 95.41            | 0.60  | 18.20          | ** | redelijk  |
| 402.8   | Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige | 8.26       | 97.25            | 0.69  | 20.80          | ** | goed      |
| 403.2   | Jeugdige slachtoffer mishandeling  | 5.20       | 98.47            | 0.71  | 21.38          | ** | goed      |
| 404.1   | Problemen bij scheiding ouders   | 11.31      | 92.05            | 0.41  | 12.32          | ** | redelijk  |
| 404.5   | Problematische relatie tussen ouders/opvoeders                                 | 10.70      | 93.88            | 0.49  | 14.67          | ** | redelijk  |
| 405.1   | Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder/opvoeder                   | 10.40      | 93.88            | 0.57  | 17.07          | ** | redelijk  |
| 405.9   | Psychische/psychiatrische problematiek ouder/opvoeder                          | 13.76      | 91.44            | 0.41  | 12.45          | ** | redelijk  |
| 407.1   | Problemen in de familierelaties (niet het gezin)                               | 6.12       | 96.94            | 0.59  | 17.78          | ** | redelijk  |
| 407.2   | Gebrekkig sociaal netwerk gezin  | 11.62      | 96.33            | 0.69  | 20.88          | ** | goed      |
| 408.4   | Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie          | 7.65       | 96.33            | 0.59  | 17.64          | ** | redelijk  |
| 502.5   | Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)               | 10.09      | 95.11            | 0.59  | 17.74          | ** | redelijk  |

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

Naast de rubrieken die door de onderzoekers in de vignetten zijn verwerkt, is er ook een aantal rubrieken dat niet bewust in de vignetten is verwerkt, maar wel voldoende vaak (d.w.z. boven de baserate) door de codeurs wordt gescoord. In tabel 5 op pagina 38 zijn deze rubrieken weergegeven. Het gaat om 501.3 (*motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)*) en 502.3 (*problemen met omgang leeftijdgenoten en sluiten vriendschappen*). De kwaliteit van de overeenstemming is echter bij de eerstgenoemde

<sup>4</sup> Voor elke Z-waarde (gestandaardiseerde waarde) wordt het significantieniveau aangegeven in de kolom naast de Z-waarde.  $P < .01$  (aangegeven met \*\*) betekent dat de kans dat de berekende Z-waarde op toeval berust, kleiner is dan 1%.

matig en de laatstgenoemde rubriek slecht. Ook deze rubrieken zullen nader bestudeerd en vervolgens aangepast worden.

**Tabel 5. Interbeoordelaarskenmerken van niet-geïnccludeerde CAP-J-rubrieken**

| Code  | Omschrijving  | Base-rate% | Overeenstemming% | Kappa | Z     | Kwaliteit |
|-------|---|------------|------------------|-------|-------|-----------|
| 501.3 | Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen) | 6,73       | 94.80            | 0.36  | 10.80 | ** matig  |
| 502.3 | Problemen met omgang leeftijdgenoten en sluiten               | 7.65       | 92.35            | 0.09  | 2.93  | ** slecht |

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

### Samenvoeging van rubrieken

Binnen het CAP-J bestaan rubrieken die inhoudelijk gezien overlap lijken te vertonen. De vraag is welk effect dit op de overeenstemming heeft. Daartoe zijn sommige combinaties samengevoegd en opnieuw de kappa's berekend. Tabel 6 hieronder geeft de resultaten van deze exercitie.

**Tabel 6. Gevolgen van een aantal samenvoegingen van rubrieken voor baserate en kappa**

| Code           | Omschrijving  | Baserate    | Kappa       | Kwaliteit       |
|----------------|---|-------------|-------------|-----------------|
| 104.2          | Sociale vaardigheidsproblemen                                   | 11.9        | 0.24        | matig           |
| 502.3          | Problemen met omgang leeftijdgenoten en sluiten vriendschappen  | 7.6         | 0.09        | slecht          |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>19.0</i> | <i>0.27</i> | <i>matig</i>    |
| 402.1          | Gebrek aan warmte in ouder-kindrelatie                          | 4.3         | 0.07        | slecht          |
| 403.1          | Jeugdige slachtoffer verwaarlozing                              | 3.1         | 0.06        | slecht          |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>7.0</i>  | <i>0.13</i> | <i>slecht</i>   |
| 401.2          | Pedagogische onwil  | 4.7         | 0.65        | goed            |
| 402.11         | Jeugdige weggestuurd door ouders                                | 2.5         | 0.40        | matig           |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>6.1</i>  | <i>0.56</i> | <i>redelijk</i> |
| 401.1          | Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische onmacht)    | 15.3        | 0.16        | slecht          |
| 401.3          | Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen | 29.7        | 0.25        | matig           |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>39.1</i> | <i>0.30</i> | <i>matig</i>    |
| 401.3          | Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen | 29.7        | 0.25        | matig           |
| 403.1          | Jeugdige slachtoffer verwaarlozing                              | 3.1         | 0.06        | slecht          |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>32.1</i> | <i>0.27</i> | <i>matig</i>    |
| 405.3          | Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind                  | 3.4         | 0.18        | slecht          |
| 405.4          | Moeilijke start ouderschap                                      | 4.9         | 0.13        | slecht          |
| <i>Tezamen</i> |   | <i>7.3</i>  | <i>0.21</i> | <i>matig</i>    |

Opvallend aan de resultaten uit tabel 6 is dat samenvoeging van 'concurrerende' rubrieken weliswaar geregeld tot verbetering leidt, maar dat deze verbetering nimmer de kwaliteit van de overeenstemming drastisch verbetert. Sommige rubrieken die



aanvankelijk onder de baserate van 5% bleven, komen daar nu gezamenlijk wel bovenuit, maar vervolgens is de overeenstemming matig of slecht.

#### *Overeenstemming op groeps- en asniveau*

Wanneer we er van uitgaan dat een codering voor een rubriek impliciet een codering is voor een het hoger gelegen groepsniveau van het CAP-J, dan kunnen we de rubriekscores gebruiken voor de overeenstemming op hogere niveaus (groeps- en asniveau). Tabel 7 hieronder en tabel 8 op pagina 40 geven respectievelijk de overeenstemmingsmaten op groeps- en asniveau van het CAP-J aan.

**Tabel 7: Interbeoordelaarskenmerken van CAP-J-groepen**

| Code | Omschrijving  | Base-rate% | Overeenstemming % | Kappa | Z     |    | Kwaliteit |
|------|---|------------|-------------------|-------|-------|----|-----------|
| 101  | Emotionele problemen  | 29.66      | 86.54             | 0.46  | 14.07 | ** | redelijk  |
| 102  | Gedragsproblemen  | 25.99      | 90.21             | 0.58  | 17.64 | ** | redelijk  |
| 104  | Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)                                 | 35.17      | 83.49             | 0.42  | 12.91 | ** | redelijk  |
| 105  | Gebruik van middelen/verslaving   | 13.15      | 93.27             | 0.56  | 16.81 | ** | redelijk  |
| 109  | Overige psychosociale problemen jeugdige  | 21.41      | 88.69             | 0.44  | 13.45 | ** | redelijk  |
| 301  | Problemen in de cognitieve ontwikkeling   | 17.13      | 94.19             | 0.65  | 19.80 | ** | goed      |
| 401  | Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding  | 47.71      | 81.65             | 0.39  | 11.85 | ** | matig     |
| 402  | Problemen in de ouder-kindrelatie   | 48.93      | 84.40             | 0.49  | 14.96 | ** | redelijk  |
| 403  | Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin | 8.56       | 95.11             | 0.46  | 13.83 | ** | redelijk  |
| 404  | Instabiele opvoedingssituatie   | 27.52      | 89.30             | 0.58  | 17.67 | ** | redelijk  |
| 405  | Problemen van ouder/opvoeder  | 33.94      | 87.46             | 0.56  | 17.11 | ** | redelijk  |
| 407  | Problemen in het sociaal netwerk gezin  | 16.51      | 95.41             | 0.70  | 21.10 | ** | goed      |
| 408  | Problemen in omstandigheden gezin   | 8.56       | 95.41             | 0.52  | 15.75 | ** | redelijk  |
| 502  | Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd   | 18.96      | 87.16             | 0.35  | 10.66 | ** | matig     |

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

**Tabel 8: Interbeoordelaarskenmerken van CAP-J-assen**

| Code | Omschrijving                                     | Base-rate% | Overeenstemming % | Kappa | Z     |    | Kwaliteit |
|------|--|------------|-------------------|-------|-------|----|-----------|
| 100  | Psychosociaal functioneren jeugdige              | 88.38      | 90.83             | 0.30  | 8.98  | ** | matig     |
| 300  | Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige | 17.13      | 94.19             | 0.65  | 19.80 | ** | goed      |
| 400  | Gezin en opvoeding                               | 92.66      | 96.64             | 0.54  | 16.37 | ** | redelijk  |
| 500  | Jeugdige en omgeving                             | 27.83      | 79.20             | 0.22  | 6.85  | ** | matig     |

\*:  $p < .05$ ; \*\*:  $p < .01$

Het blijkt dat over vrijwel alle rubrieken van het CAP-J een redelijk tot goede overeenstemming gevonden wordt. De enige uitzondering hierop vormt groep 502: *Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd*. Hierbij moet opgemerkt worden dat veel rubrieken niet in vignetten verwerkt werden en (derhalve) sommige groepen ook niet. Op asniveau is de matige overeenstemming op as 500 (Jeugdige en Omgeving) hier vermoedelijk aan te danken. De lage kappa op as 100 (Psychosociaal Functioneren Jeugdige) is te wijten aan de hoge baserate. Aangezien de a priori kans op overeenstemming al zeer hoog ligt, is het moeilijk om daar ver bovenuit te komen door codeurs. Desondanks doet as 400 (Gezin en Opvoeding) het goed.

### **3.4 Conclusies en discussie**

In het eerste gedeelte van deze paragraaf zal worden toegelicht voor welke rubrieken de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is en voor welke rubrieken de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog onvoldoende is (de eerste twee deelvragen). Vervolgens wordt besproken welke aanpassingen in de (beschrijvingen van de) rubrieken zijn gedaan om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen (derde deelvraag). Tenslotte concluderen we of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CAP-J momenteel voldoende is om het systeem in de praktijk te kunnen gaan gebruiken (hoofdonderzoeksvraag).

#### **Conclusie interbeoordelaarsbetrouwbaarheid**

In dit onderzoek is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 38 geselecteerde rubrieken van het CAP-J onderzocht. Uit de analyses blijkt dat de meeste rubrieken als redelijk of goed naar voren komen. Van de 32 rubrieken die voldoende vaak gescoord zijn om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen vaststellen, kunnen we de kwaliteit van 25 (78%) als redelijk of goed beschouwen. Slechts één rubriek (*inadequate opvoedingsaanpak*) is als slecht beoordeeld.

Daarnaast zijn er zes rubrieken die wel geselecteerd zijn, maar niet vaak genoeg zijn herkend om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen berekenen. Dat betekent dat er iets aan de hand is met deze rubrieken: mogelijk is de beschrijving niet duidelijk waardoor het probleem niet wordt herkend. Het kan ook zijn dat de titel een ander probleem doet vermoeden dan in de beschrijving wordt omschreven. Dat onderstreept

het belang van het goed lezen van de beschrijving in plaats van alleen op de titel af te gaan. Deze rubrieken zijn aangepast in versie 2.0 van CAP-J, net als de rubrieken die als ‘slecht’ of ‘matig’ beoordeeld zijn.

Tenslotte zijn er nog twee rubrieken die niet geselecteerd zijn, maar die vaak genoeg gescoord zijn om iets over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te kunnen zeggen. Kennelijk hebben de onderzoekers deze rubrieken onbewust in de vignetten verwerkt. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze rubrieken is echter ‘matig’ en ‘slecht’. Deze twee rubrieken zullen daarom worden aangepast.

In onderstaande tabel is weergegeven van welke rubrieken de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is, van welke rubrieken deze onvoldoende is en over welke rubrieken we geen uitspraken kunnen doen over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid omdat deze rubrieken een te lage baserate hebben, ofwel te weinig gescoord zijn.

**Tabel 9. Beoordeling IBB per rubriek**

| Code  | Omschrijving   | IBB voldoende | IBB onvoldoende | Te lage baserate |
|---|--|---------------|-----------------|------------------|
| <b>As 100: Psychosociaal functioneren jeugdige</b>              |  |               |                 |                  |
| 101.1   | Introvert gedrag   | X             |                 |                  |
| 101.2   | Angstproblemen   | X             |                 |                  |
| 101.3   | Stemmingsproblemen   |               | X               |                  |
| 102.1   | Druk en impulsief gedrag                                     | X             |                 |                  |
| 102.2   | Opstandig gedrag en/of ernstig probleemgedrag                | X             |                 |                  |
| 104.1   | Problemen met de competentiebeleving                         | X             |                 |                  |
| 104.2   | Sociale vaardigheidsproblemen                                |               | X               |                  |
| 104.3   | Problemen in de gewetensvorming/ morele ontwikkeling         | X             |                 |                  |
| 104.4   | Identiteitsproblemen   |               | X               |                  |
| 105.1   | Problematisch gebruik psychoactieve middelen                 |               | X               |                  |
| 109.1   | Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen   | X             |                 |                  |
| <b>As 300: Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige</b> |  |               |                 |                  |
| 301.2   | Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen                |               | X               |                  |
| 301.3.0   | Problemen met schoolprestaties/ leerproblemen                | X             |                 |                  |
| 301.3   | Aandachtsproblemen   | X             |                 |                  |
| <b>As 400: Gezin en opvoeding</b>                               |  |               |                 |                  |
| 401.1   | Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische onmacht) |               | X               |                  |
| 401.2   | Pedagogische onwil   |               |                 | X                |

- vervolg tabel 9 op de volgende pagina -

Vervolg tabel 9. Beoordeling IBB per rubriek

| Code                                | Omschrijving   | IBB voldoende | IBB onvoldoende | Te lage baserate |
|-------------------------------------|--|---------------|-----------------|------------------|
| 401.3                               | Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen                |               | X               |                  |
| 401.4                               | Onenigheid tussen ouders/opvoeders over opvoedingsaanpak                       | X             |                 |                  |
| 401.5                               | Problematische gezinscommunicatie  |               |                 | X                |
| 402.2                               | Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige                                  | X             |                 |                  |
| 402.3                               | Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)                                  | X             |                 |                  |
| 402.5                               | Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder(s)                          | X             |                 |                  |
| 402.6.                              | Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder/verzorger                      | X             |                 |                  |
| 402.8                               | Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige | X             |                 |                  |
| 402.9                               | Mishandeling ouder door jeugdige   |               |                 | X                |
| 403.1                               | Jeugdige slachtoffer verwaarlozing   |               |                 | X                |
| 403.2                               | Jeugdige slachtoffer mishandeling  | X             |                 |                  |
| 404.1                               | Problemen bij scheiding ouders   | X             |                 |                  |
| 404.5                               | Problematische relatie tussen ouders/opvoeders                                 | X             |                 |                  |
| 405.1                               | Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder/opvoeder                   | X             |                 |                  |
| 405.3                               | Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind                                 |               |                 | X                |
| 405.4                               | Moeilijke start ouderschap   |               | X               |                  |
| 405.6                               | Antisociaal gedrag ouder/opvoeder  |               |                 | X                |
| 405.9                               | Psychische/psychiatrische problematiek ouder/opvoeder                          | X             |                 |                  |
| 407.1                               | Problemen in de familierelaties (niet het gezin)                               | X             |                 |                  |
| 407.2                               | Gebrekkig sociaal netwerk gezin  | X             |                 |                  |
| 408.4                               | Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie          | X             |                 |                  |
| <b>As 500: Jeugdige en omgeving</b> |  |               |                 |                  |
| 501.3                               | Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)                  |               | X               |                  |
| 502.3                               | Problemen met omgang leeftijdgenoten en sluiten vriendschappen                 |               | X               |                  |
| 502.5                               | Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)               | X             |                 |                  |

Er zijn dus in totaal veertig rubrieken waar we iets over kunnen zeggen: rubrieken die als ‘redelijk’ of ‘goed’ naar voren komen (25 rubrieken), rubrieken die als ‘slecht’ of ‘matig’ naar voren komen (9 rubrieken) en rubrieken die onvoldoende gescoord zijn (6 rubrieken). Van deze twee laatstgenoemde type rubrieken zijn de titels en/of beschrijvingen zodanig aangepast dat het waarschijnlijk is dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze rubrieken toeneemt. Het valt buiten dit onderzoek om te de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de aangepaste rubrieken vast te stellen.

### ***Aanpassingen rubrieken***

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een aantal rubrieken zal omhoog moeten. In de vorige paragraaf bleek al dat het samenvoegen van verschillende rubrieken niet tot grote verbeteringen in de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid leidt. Daarom is per rubriek waar iets mee aan de hand is, gekeken wat mogelijke oorzaken zijn van de lage overeenstemming tussen de codeurs of het feit dat de rubriek door slechts een enkeling wordt herkend. In tabel 10 zijn per rubriek de bevindingen aangegeven en de aanpassingen die zijn verricht. Mogelijke oorzaken die daarbij naar voren kwamen, zijn:

- Inhoudelijke overlap: sommige rubrieken vertonen inhoudelijk veel overlap. De ene codeur scoort rubriek X, de andere rubriek Y.
- Onduidelijkheid over problemen die het gevolg zijn van andere problemen: sommige codeurs scoorden zowel het onderliggende probleem (oorzaak) als het probleem dat daaruit voortkwam (gevolg), anderen scoorden alleen het laatstgenoemde probleem.
- Onduidelijke titel: de titel dekt soms onvoldoende de onderliggende beschrijving, of is juist breder dan de beschrijving. Naast het aanpassen van de titel is het vooral van belang dat gebruikers van het CAP-J de beschrijvingen goed door lezen en niet alleen op de titel afgaan.

**Tabel 10. Aanpassingen per rubriek**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>101.3.0</b>  | <b>Stemmingsproblemen</b>            |
| Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid lager uitviel wanneer er in het vignet sprake was van een probleem dat een gevolg was van een ander probleem (bijv. stemmingsprobleem als gevolg van een traumatische gebeurtenis). Een aantal codeurs scoorde in dit geval beide problemen en een aantal codeurs scoorde alleen het probleem dat de oorzaak was van het andere probleem. Dit was ook het geval bij de rubriek <i>Stemmingsproblemen</i> . In de handleiding van het CAP-J zal nadrukkelijk worden gezegd dat in dergelijke gevallen zowel de oorzaak als het gevolg moet worden gescoord.  |                                      |
| <b>104.2</b>  | <b>Sociale vaardigheidsproblemen</b> |
| Bij de rubriek <i>Sociale vaardigheidsproblemen</i> bleek er vooral verwarring te zijn met de rubrieken <i>Problemen met omgang leeftijdsgenoten en sluiten vriendschappen</i> en <i>Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen</i> . Om het onderscheid tussen de rubrieken duidelijker te maken is de titel van de rubriek <i>Problemen met omgang leeftijdsgenoten en sluiten vriendschappen</i> omgezet in <i>Problematische omgang met leeftijdsgenoten (o.a. gepest worden buiten school/werk)</i> . In de beschrijving is de alinea over het sluiten van vriendschappen weggehaald. In de beschrijving van de rubriek <i>Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen</i> is onder de kenmerken van sociale vaardigheden aangegeven dat wanneer er sprake is van alleen problemen met sociale vaardigheden de rubriek <i>Sociale vaardigheidsproblemen</i> moet worden gescoord. |                                      |
| <b>104.4</b>  | <b>Identiteitsproblemen</b>          |
| De rubriek <i>Identiteitsproblemen</i> wordt niet zozeer verward met een specifiek probleem maar eerder met verschillende problemen die vallen onder de rubriek <i>Emotionele problemen</i> . Een oorzaak zou kunnen zijn dat <i>Identiteitsproblemen</i> een tamelijk abstracte rubriek is en dat de codeurs het gedrag waarin identiteitsproblemen zich uiten in een andere, meer concrete rubriek onderbrengen, bijvoorbeeld <i>Stemmingsproblemen</i> . Hieruit blijkt dat het heel belangrijk is dat codeurs de beschrijving kennen. Er zijn geen aanpassingen aan deze rubriek gedaan. We stellen voor deze rubriek in vervolgonderzoek nader te onderzoeken.   |                                      |

Vervolg tabel 10. Aanpassingen per rubriek

|   |  |
|---|--|
| <b>105.1.0</b>  | <b>Problematisch gebruik psychoactieve middelen</b>                    |
| <p>In sommige vignetten is er sprake van een risicovolle vriendenkring waarbij problematisch middelengebruik voorkomt. Sommige codeurs hebben alleen de rubriek <i>Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)</i> gescoord. Het is echter de bedoeling dat in dit geval beide rubrieken worden gescoord. Onder 'kenmerken' van de rubriek <i>Risicovolle vriendenkring</i> is toegevoegd dat wanneer het beschreven gedrag niet alleen bij de vrienden maar ook bij de jongere zelf voorkomt, ook de betreffende rubriek moet worden gescoord. Daarnaast bleken codeurs het niet altijd met elkaar eens te zijn wanneer middelengebruik problematisch is. Het kopje kenmerken is daarom uitgebreider beschreven (met voorbeelden) zodat het onderscheid tussen problematisch en niet-problematisch duidelijker is.</p>  |  |
| <b>301.2.0</b>  | <b>Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen</b>                   |
| <p>Zie rubriek <i>Sociale vaardigheidsproblemen</i>.</p>  |  |
| <b>401.1</b>  | <b>Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische onmacht)</b>    |
| <p>De rubriek <i>Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische onmacht)</i> is erg vaak gescoord en wordt vooral verward met de rubriek <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i>. De titel is aangepast en luidt nu <i>Ontoereikende opvoedingsvaardigheden</i>. Om het onderscheid met de rubriek <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i> duidelijker te maken is een aantal aanpassingen verricht: 1. bij het kopje 'Er is gebrek aan structuur en stimulans' is het woord stimulans weggelaten. 2. Het subtype 'ontoereikend ouderlijk toezicht/leiding uit de rubriek <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i> is naar deze rubriek geplaatst. 3. Bij de kenmerken wordt genoemd dat het niet gaat om <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i>. Als er op dat terrein ook problemen zijn, dienen beide rubrieken te worden gescoord.</p> |  |
| <b>401.2</b>  | <b>Pedagogische onwil</b>  |
| <p>De rubriek <i>Pedagogische onwil</i> wordt niet altijd herkend en soms verward met de rubrieken <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i> en <i>Jeugdige weggestuurd door ouders</i>. Aan de beschrijving van <i>Pedagogische onwil</i> is toegevoegd dat het ook gaat om ouders die de verantwoordelijkheid op anderen afschuiven. Aan de beschrijving van <i>Jeugdige weggestuurd door ouders</i> is toegevoegd dat indien de jeugdige wordt weggestuurd door pedagogische onwil van de ouders ook de rubriek <i>Pedagogische onwil</i> gescoord dient te worden.</p>   |  |
| <b>401.3</b>  | <b>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</b> |
| <p>Zie rubriek <i>Inadequate opvoedingsaanpak</i>. Aan de beschrijving is toegevoegd dat het niet gaat om <i>Ontoereikende opvoedingsvaardigheden</i>. Indien daar ook sprake van is, dienen beide rubrieken gescoord te worden.</p>  |  |
| <b>401.5</b>  | <b>Problematische gezinscommunicatie</b>                               |
| <p>De rubriek <i>Problematische gezinscommunicatie</i> wordt moeilijk herkend in de vignetten. Mogelijk is het voor de codeurs niet duidelijk dat met de titel communicatie in de brede zin van het woord wordt bedoeld. De titel is daarom veranderd in <i>Problematische omgang en communicatie gezinsleden</i>. In de rubrieken <i>Gebrekkig sociaal netwerk gezin</i> en <i>Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige</i> wordt ook naar deze rubriek verwezen.</p>  |  |
| <b>402.9</b>  | <b>Mishandeling ouder door jeugdige</b>                                |
| <p>De rubriek <i>Mishandeling ouder door jeugdige</i> wordt bijna niet herkend, zeker niet in gevallen waarin het gaat om emotionele mishandeling. Als het gaat om fysieke mishandeling wordt vaak de rubriek <i>Opstandig gedrag</i> gescoord, omdat een gedragsprobleem meestal ten grondslag ligt aan de mishandeling. Mogelijk wordt deze rubriek niet herkend omdat de rubriek is ondergebracht op as 4 (Gezin en Opvoeding) terwijl het om probleemgedrag van de jongere gaat. Aan de beschrijving van <i>Opstandig gedrag</i> is toegevoegd dat wanneer het opstandige gedrag mishandeling van de ouders betreft ook de rubriek <i>Mishandeling ouder door jeugdige</i> gescoord dient te worden.</p>  |  |

**Vervolg tabel 10. Aanpassingen per rubriek**

|   |   |
|---|---|
| <b>403.1</b>  | <b>Jeugdige slachtoffer verwaarlozing</b>                             |
| <p>De rubriek <i>Jeugdige slachtoffer verwaarlozing</i> wordt vooral verward met de rubrieken <i>Inadequate opvoedingsaanpak</i>, <i>Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen</i> en <i>Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder/verzorger</i>. Aan de beschrijvingen van de eerste twee genoemde rubrieken is toegevoegd dat, indien er sprake is van verwaarlozing, ook de rubriek <i>Jeugdige slachtoffer verwaarlozing</i> gescoord dient te worden. Aan de beschrijving van <i>Jeugdige slachtoffer verwaarlozing</i> is toegevoegd: ‘Dit probleem dient geclassificeerd te worden indien de jeugdige op het moment van aanmelding wordt verwaarloosd of wanneer de verwaarlozing in het (recente) verleden plaats vond, maar dit relevant is voor het hulpverleningsproces’. Tevens is bij het subtype affectieve verwaarlozing aangegeven dat het niet gaat om problemen in de hechting met de ouder/verzorger.</p>                                      |   |
| <b>405.3</b>  | <b>Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind</b>                 |
| <p>De rubriek <i>Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind</i> wordt vooral verward met de rubrieken <i>Moeilijke start ouderschap</i> en <i>Psychische/psychiatrische problematiek ouder/opvoeder</i>. De beschrijving van postnatale depressie (bij <i>Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind</i>) is daarom verwijderd. Het betreft immers psychische problematiek en valt dus onder <i>Psychische/psychiatrische problematiek</i>. De titel is veranderd in <i>Problemen bij zwangerschap of tijdens bevalling</i>. Aan de beschrijving is toegevoegd dat indien een probleem bij zwangerschap of tijdens bevalling een moeilijke start van het ouderschap tot gevolg heeft, ook de rubriek <i>Moeilijke start ouderschap</i> gescoord moet worden. Tevens is aan de beschrijving toegevoegd dat, indien er sprake is van psychische/psychiatrische problematiek, ook de rubriek <i>Psychische/psychiatrische problematiek</i> gescoord dient te worden.</p>                 |   |
| <b>405.4</b>  | <b>Moeilijke start ouderschap</b>                                     |
| <p>De rubriek <i>Moeilijke start ouderschap</i> wordt vooral verward met de rubriek <i>Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind</i>. Aan de beschrijving is toegevoegd dat deze rubriek gescoord dient te worden indien de gevolgen van een moeilijke start van het ouderschap relevant zijn voor de hulpverlening. Bij de beschrijving van situaties waarin sprake kan zijn van een moeilijke start ouderschap is de tekst ‘omstandigheden rondom de geboorte...’ veranderd in ‘omstandigheden na de geboorte...’. Verder is aan de beschrijving toegevoegd dat, indien er sprake is van psychische/psychiatrische problematiek, ook de rubriek <i>Psychische/psychiatrische problematiek</i> gescoord dient te worden.</p>  |   |
| <b>405.6</b>  | <b>Antisociaal gedrag ouder/opvoeder</b>                              |
| <p>Antisociaal gedrag van ouders/opvoeders heeft vaak andere problemen tot gevolg, bijvoorbeeld relatieproblemen en mishandeling van de jeugdige. Het lijkt er op dat de codeurs in deze gevallen niet de rubriek <i>Antisociaal gedrag ouders/opvoeders</i> scoren, terwijl dit wel de bedoeling is. In de handleiding van het CAP-J wordt nadrukkelijk vermeld dat in dergelijke gevallen zowel de oorzaak als het gevolg moet worden gescoord.</p>   |   |
| <b>501.3</b>  | <b>Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)</b>  |
| <p>In de beschrijving van de rubriek <i>Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)</i> wordt concreet gedrag beschreven waarin de motivatieproblemen zich uit, bijv. niet naar school willen of spijbelen. Als er sprake is van dergelijk gedrag betekent het echter niet altijd dat motivatieproblemen daaraan ten grondslag liggen. Het gebrek aan overeenstemming lijkt te wijten aan de onduidelijkheid wanneer deze rubriek gescoord dient te worden: als er sprake is van het concrete gedrag zoals wordt beschreven of alleen als duidelijk is dat motivatieproblemen hieraan ten grondslag liggen. Aan de beschrijving is toegevoegd dat er sprake moet zijn van onderliggende motivatieproblemen om deze rubriek te kunnen scoren. Bij het ontwikkelen van de volgende versie van het systeem zal overwogen worden of deze rubriek in twee rubrieken opgedeeld moet worden (het probleemgedrag op school of werk komt wel/niet voort uit motivatieproblemen).</p> |   |
| <b>502.3</b>  | <b>Problemen met omgang leeftijdgenoten en sluiten vriendschappen</b> |
| <p>Zie rubriek <i>Sociale vaardigheidsproblemen</i>.</p>  |   |

Met bovenstaande aanpassingen gaan we er vanuit dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de rubrieken toeneemt. Of dit daadwerkelijk het geval is en of we de betrouwbaarheid van de rubrieken als ‘redelijk’ of ‘goed’ kunnen beschouwen, zal uit vervolgonderzoek moeten blijken.

### ***CAP-J geschikt voor praktijk?***

Van bijna 80% van de rubrieken waar over we iets kunnen zeggen, is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ‘redelijk’ of ‘goed’. Dat is een hoog percentage, zeker in vergelijking met soortgelijke systemen. In de inleiding noemden we al dat in de literatuur naar voren komt dat er bij systemen zoals het CAP-J meestal geen sprake is van een redelijke tot goede betrouwbaarheid, maar eerder van een matige tot redelijke betrouwbaarheid (voor een overzicht, zie Van Yperen, 1995; Kroes, 2006). In vergelijking met andere systemen mogen we dus zeer tevreden zijn met deze resultaten voor de eerste versie van het CAP-J. Bovendien is het waarschijnlijk dat, wanneer het onderzoek herhaald zou worden, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog iets hoger uitvalt, omdat de rubrieken die als slecht of matig naar voren kwamen, zijn aangepast.

Uiteraard moet de kanttekening worden gemaakt dat slechts een gedeelte van het CAP-J is onderzocht. Over een aantal rubrieken kunnen geen uitspraken gedaan worden over de betrouwbaarheid. Ook is niet bekend of de aangepaste rubrieken, hoewel aannemelijk, inderdaad leiden tot een verbeterde betrouwbaarheid.

Concluderend kunnen we zeggen dat het CAP-J een gedegen systeem is dat bijdraagt aan de professionalisering van de jeugdzorgsector. Om het systeem verder te verbeteren zal meer onderzoek gedaan moeten worden om de betrouwbaarheid en validiteit van het systeem te kunnen vaststellen. Voor de ontwikkeling van het systeem is hulp vanuit het werkveld essentieel. Het is dan ook belangrijk dat het CAP-J in de praktijk gebruikt gaat worden. Het interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek biedt hier een stevige basis voor.



## 4. Aanbevelingen

De ontwikkeling van het CAP-J en een eerste onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid heeft geleid tot een eerste formele versie van het CAP-J (versie 2.0). In het voorjaar van 2009 zal het CAP-J opgeleverd worden in een handzame gebruikersversie. In dit hoofdstuk doen we tot slot nog enkele aanbevelingen om het CAP-J systeem goed in te voeren en het verder te verbeteren en te actualiseren.

### 4.1 *Aanbevelingen voor de implementatie van het CAP-J*

Een goede implementatie is van groot belang om ervoor te zorgen dat gebruikers het systeem gaan gebruiken zoals het bedoeld is én zij zo min mogelijk hinder ondervinden van de invoering. In deze paragraaf doen we een aantal aanbevelingen voor de implementatie:

- *Zorg voor training van gebruik van het CAP-J.* Om goed te kunnen werken met het systeem is training in het gebruik van het CAP-J nodig.
- *Automatiseer het CAP-J systeem.* Ten tweede is de automatisering van het systeem een belangrijk onderdeel van een goede implementatie. Uit eerder gebruikersonderzoek met de ISIS-tabel blijkt dat een papieren systeem nodeloos ingewikkeld is en dat er moeilijker gezocht kan worden in het systeem.
- *Zet een helpdesk op om gebruikers te ondersteunen.* Ook na het volgen van een training kunnen gebruikers met vragen komen te zitten hoe het systeem te gebruiken of hoe bepaalde rubrieken geïnterpreteerd dienen te worden. Een makkelijk toegankelijke helpdesk (bijv. via de mail of internetsite) zou snelle hulp en tips mogelijk moeten maken.

### 4.2 *Aanbeveling voor het onderhouden van het CAP-J*

Een classificatiesysteem dient een weergave te zijn van de meest actuele stand van wetenschappelijke en praktijkkennis. Deze kennis is niet statisch, maar aan verandering onderhevig. Zowel veranderende (wetenschappelijke) inzichten als voortschrijdend inzicht gebaseerd op praktijkkennis kan ertoe leiden dat de beschrijvingen en opbouw van het CAP-J systeem aanpassing nodig hebben om actueel te blijven. Daarom ook een aanbeveling ten aanzien van het onderhouden van het CAP-J:

- *Onderhoud het CAP-J systeem regelmatig, om het verder te verbeteren én te actualiseren, zodat het systeem van waarde blijft voor de praktijk.* We raden aan een onderhoudscommissie in te stellen die eens in de zoveel tijd bij elkaar komt om het systeem kritisch onder de loep te nemen en aanpassingen voorstelt. Afhankelijk

van de omvang van de door te voeren aanpassingen, zou dit door meerdere werkgroepen gedaan kunnen worden (zoals ook bij de DSM gebeurt).

### **4.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

Zoals in het vorige hoofdstuk al werd aangegeven is het CAP-J een systeem dat in ontwikkeling is, waar meer onderzoek naar gedaan moet worden om de betrouwbaarheid en validiteit van het systeem te kunnen vaststellen. Daarnaast is het ook van belang het systeem te actualiseren en verder te verbeteren op basis van voortschrijdend inzicht op basis van wetenschappelijke én praktijkkennis. Een aantal aanbevelingen voor verbetering en actualisering van het CAP-J:

- *Onderzoeken van de rubrieken van het CAP-J die niet bij dit onderzoek betrokken zijn en de aangepaste rubrieken.* Niet alle rubrieken konden in dit onderzoek onderzocht worden. Daarnaast is een aantal rubrieken (waarvan de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onvoldoende was) aangepast. De conclusies in het vorige hoofdstuk hebben om die reden betrekking op versie 1.0 en niet 2.0. We verwachten dat door de aangepaste rubrieken de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vergroot is, maar om echt uitsluitsel te kunnen geven voor versie 2.0, zou de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid opnieuw onderzocht zou moeten worden.
- *Onderzoeken van de overeenstemming over de ernst van de problematiek.* In het in dit rapport beschreven onderzoek is gekeken naar de overeenkomst wat betreft aard van de problematiek: zijn de codeurs het eens over wat voor soort probleem er aan de hand is? Ook interessant is te onderzoeken in hoeverre mensen het eens zijn over de ernst van de problematiek: is er überhaupt sprake van een probleem en zo ja, is het een probleem of een stoornis?
- *Onderzoeken van de begripsvaliditeit van het systeem.* Het in dit rapport beschreven onderzoek richt zich op de betrouwbaarheid van het systeem. Wanneer een systeem betrouwbaar is, betekent dat niet automatisch dat het systeem ook valide is. Meten we bijvoorbeeld wel wat we willen meten? Anders gezegd: is een beschrijving wel echt een beschrijving van de betreffende rubriek? Het onderzoeken van de begripsvaliditeit is overigens wel een grote klus (van elke rubriek moet namelijk de begripsvaliditeit vastgesteld worden).

## Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic Statistical Manual for Psychiatric Disorders (Fourth Edition)*. Washington DC.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Statistical Manual for Psychiatric Disorders (Fourth Edition, Text Revision)*. Washington DC.
- Bakker, K. (1999). Sociale kwetsbaarheid en sociale competentie: een kaderstelling. In: K. Bakker, M. Pannebakker & J. Snijders (Red.). *Kwetsbaar en competent. Sociale participatie van kwetsbare jeugd. Theorie, beleid en praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Bekhoven, C. van, Boelhouwers, K., Bothof, A., Konijn, C. & Yperen, T. van (2000). *Intersectorale registratie van problematiek en resultaat in de jeugdzorg II. Over de invoering van de ISIS-tabellen Aard van de problematiek van cliënten en Beëindiging van de zorg*. Utrecht: NIZW/ Trimbos-instituut.
- Berben, E.G.M.J. (2000). *Als iedereen hetzelfde was... Indiciestelling in de jeugdzorg*. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Boelhouwers, K., Bothof, A., Kayser, T., Konijn, C., Ruyter, D. de & Yperen, T. van (1999). *Registratie van de begrippen problematiek, resultaat en cultuur: onderzoek naar de uitwerking van deze begrippen voor het landelijk intersectorale informatiesysteem van de jeugdzorg (ISIS)*. Utrecht: Trimbos Instituut/Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Felce, D. & Perry, J. (1996) Assessment of Quality of Life. In: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Fleiss, J.L. & Cuzick, J. (1979). The reliability of dichotomous judgements: unequal numbers of judges per subject. *Applied Psychological Measurement*, 3, 537-542.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Groenendaal, J.H.A. & Yperen, T.A. van (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In: Rispen, J., Goudena, P.P., & Groenendaal, J.J.M. (Red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (pag. 90-118). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kroes, G., (2006). *The perception of child problem behavior. The role of informant personality and context*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Mezzich A.C., Mezzich J.E. & Coffman, G.A.(1985). Reliability of DSM III vs. DSM II in child psychopathology. *Journal of the American Academy Of Child Psychiatry*, 24, p.273-280.
- Nasuti, J.P. & Pecora P.J. (1993). Risk assessment scales in child protection: a test of the internal consistency and interrater reliability of one statewide system. *Social Work Research and Abstracts*, 29, 28-35.
- Pelzer, H.J., Steerneman, W.J.P.J.M., & Bruyn, E.E.J. de (1999). De ernst van het probleemgedrag: een conceptuele verkenning. In: Pelzer, H. & Steerneman, P. (Red.). *De taxatie van de ernst van de problematiek bij kinderen en jeugdigen: de ontwikkeling van een praktijkinstrument*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Uitgeverij KU Nijmegen.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Göbel, D. (1983). Erprobungs- und Reliabilitätsstudie zum multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Remschmidt, H., Schmidt, M. (Hrsg.). *Multiaxiale Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ergebnisse empirischer Untersuchungen*. Bern: Huber.
- Rutter, M., Shaffer, D., & Shepherd, M. (1975). *A multi-axial classification of child psychiatric disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Rutter, M., D. Shaffer & C. Sturge (1979). *A guide to a multi-axial classification scheme for psychiatric disorders in childhood and adolescence (3<sup>rd</sup> ed)*. London: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18. Child behavior checklist/4-18 (CBCL)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- World Health Organization (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische en gedragsstoornissen: klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- World Health Organization (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yperen, T.A. van (1990). *Multi-axiale classificatie van specifieke ontwikkelingsstoornissen. Een studie over as II van het MAC*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.

- Yperen, T.A. van (1995). *Het gebruik van instrumenten. Registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Yperen, T. van & Giel, R. (red.) (1995). *Classificatiesystemen voor psychische en gedragsstoornissen. Uitgangspunten en bruikbaarheid van ICD, DSM en MAC*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Yperen, T. van, Berg, G. van den & Eijgenraam, K. (2002). *Project 'Registratie ernst van de problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. van, Berg, G. van den & Eijgenraam, K. (2003). *Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP). Derde deelrapport in het project 'Registratie ernst van de problematiek'*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T.A. van, Roosma, D. & Veerman, J.W. (2008). Instrumenten voor meten van uitkomsten en uitvoering van de zorg. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Redactie). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht/Nijmegen: NJi/Praktikon.



## **Bijlagen**

Bijlage 1. Lijst met assen, groepen en rubrieken CAP-J versie 2.0

Bijlage 2. Voorbeelden van CAP-J rubriekbeschrijvingen

Bijlage 3. Leden digitale klankbordgroep

Bijlage 4. Voorbeeldvignetten

Bijlage 5. Overzicht onderzochte rubrieken

Bijlage 6. Deelnemende organisaties IBB-onderzoek





## ***Bijlage 1. Assen, groepen, rubrieken en subrubrieken CAP-J (versie 2.0)***

Versie 2.0 van het CAP-J na de aanpassingen op basis van de bevindingen in het onderzoek. Het volledige CAP-J, inclusief de beschrijvingen van de rubrieken, is te bestellen via de website van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

In versie 2.0 van CAP-J zijn ook subrubrieken opgenomen. Dit niveau betreft alleen de voor de jeugdzorg relevante DSM- en ICD-categorieën. Voor de beschrijving van deze categorieën verwijzen we naar het oorspronkelijke classificatiesysteem (DSM of ICD). De DSM- en ICD-categorieën hebben een CAP-J-code gekregen, de codering van de DSM en/of de ICD is achter de naam van de subrubriek tussen haakjes opgenomen. Het gebruik van de DSM is voorbehouden aan psychiaters en GZ-psychologen. De ICD kent geen regels voor welke disciplines mogen classificeren, maar omdat het vooral om medische termen gaat verdient het de voorkeur het classificeren van ICD-categorieën over te laten aan medisch geschoold personeel.

### **As A Psychosociaal functioneren jeugdige**

#### **Groep A100 Emotionele problemen**

##### **A101 Introvert gedrag**

##### **A102 Angstproblemen**

##### **A102.x Aan angst gerelateerde stoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A102.01 | Separatie-angststoornis (309.21; F93.0)   |
| A102.02 | Selectief mutisme (313.23; F94.0)   |
| A102.03 | Paniekstoornis zonder agorafobie (pleinvrees) (300.01; F41.0)                         |
| A102.04 | Paniekstoornis met agorafobie (pleinvrees) (300.21; F40.01)                           |
| A102.05 | Agorafobie (pleinvrees) zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis (300.22; F40.00) |
| A102.06 | Specifieke fobie (300.29; F40.2)  |
| A102.07 | Sociale fobie (300.23; F40.1)   |
| A102.08 | Obsessief-compulsieve stoornis (300.3; F42.8)   |
| A102.09 | Gegeneraliseerde angststoornis (300.02; F41.1)  |
| A102.10 | Angststoornis door een somatische aandoening (293.84; F06.4)                          |
| A102.11 | Angststoornis Niet Anderszins Omschreven (300.00; F41.9)                              |

##### **A103 Stemningsproblemen**

|               |  |
|---------------|--|
| <b>A103.x</b> | <b>Stemmingsstoornissen</b>                                      |
| A103.01       | Depressieve stoornis, eenmalige episode (296.xx; F32.x, F33.x)   |
| A103.02       | Dysthyme stoornis (300.4; F34.1)                                 |
| A103.03       | Depressieve stoornis Niet Anderszins Omschreven (311; F32.9)     |
| A103.04       | Bipolaire I stoornis (296.xx; F30.x, F31.x, F31.6, F31.9)        |
| A103.05       | Bipolaire II stoornis (296.89; F31.8)                            |
| A103.06       | Cyclothyme stoornis (301.13; F34.0)                              |
| A103.07       | Bipolaire stoornis Niet Anderszins Omschreven (296.80; F31.9)    |
| A103.08       | Stemmingstoornis door een somatische aandoening (293.83; F06.xx) |
| A103.09       | Stemmingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (296.90; F39)       |

### **Groep A200 Gedragsproblemen**

#### **A201 Druk en impulsief gedrag**

#### **A201.x Aandachtstekortstoornissen en stoornissen in de impulsbeweging**

|         |   |
|---------|---|
| A201.01 | Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) (314.xx; F90.0, F98.8)             |
| A201.02 | Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit Niet Anderszins Omschreven (314.9; F90.9) |
| A201.03 | Periodieke explosieve stoornis (312.34; F63.8)  |
| A201.04 | Kleptomanie (312.32; F63.2)   |
| A201.05 | Pyromanie (312.33; F63.1)   |
| A201.06 | Pathologisch gokken (312.31; F63.0)   |
| A201.07 | Trichotillomanie (312.39; F63.3)  |
| A201.08 | Stoornis in de impulsbeheersing Niet Anderszins Omschreven (312.30; F63.9)            |

#### **A202 Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag**

#### **A202.x Gedragsstoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A202.01 | Gedragsstoornis (312.xx; F91.8)                           |
| A202.02 | Oppositieel-opstandige gedragsstoornis (313.81; F91.3)    |
| A202.03 | Gedragsstoornis Niet Anderszins Omschreven (312.9; F91.9) |

### **Groep A300 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)**

#### **A301 Problemen met de competentiebeleving**

#### **A302 Problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling**

|               |   |
|---------------|---|
| <b>A303</b>   | <b>Identiteitsproblemen</b>   |
| <b>A304.x</b> | <b>Dissociatieve stoornissen</b>                                      |
| A304.01       | Dissociatieve amnesie (300.12; F44.0)                                 |
| A304.02       | Dissociatieve fugue (300.13; F44.1)                                   |
| A304.03       | Dissociatieve identiteitsstoornis (300.14; F44.81)                    |
| A304.04       | Depersonalisatie stoornis (300.6; F48.1)                              |
| A304.05       | Dissociatieve stoornis Niet Anderszins Omschreven (300.15; F44.9)     |
| <b>A305.x</b> | <b>Persoonlijkheidsstoornissen</b>                                    |
| A305.01       | Paranoïde persoonlijkheidsstoornis (301.0; F60.0)                     |
| A305.02       | Schizoïde persoonlijkheidsstoornis (301.20; F60.1)                    |
| A305.03       | Schizotypische persoonlijkheidsstoornis (301.22; F21)                 |
| A305.04       | Antisociale persoonlijkheidsstoornis (301.7; F60.2)                   |
| A305.05       | Borderline persoonlijkheidsstoornis (301.83; F60.31)                  |
| A305.06       | Theatrale persoonlijkheidsstoornis (301.50; F60.4)                    |
| A305.07       | Narcistische persoonlijkheidsstoornis (301.81; F60.8)                 |
| A305.08       | Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (301.82; F60.6)                  |
| A305.09       | Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (301.6; F60.7)                  |
| A305.10       | Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (301.4; F60.5)         |
| A305.11       | Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (301.9; F60.9)    |
| <b>A306.x</b> | <b>Schizofrenie en andere psychotische stoornissen</b>                |
| A306.01       | Schizofrenie (295.xx; F20.xx)   |
| A306.02       | Schizofreniforme stoornis (295.40; F20.8)                             |
| A306.03       | Schizoaffectieve stoornis (295.70; F25.x)                             |
| A306.04       | Waanstoornis (297.1; F22.00)  |
| A306.05       | Kortdurende psychotische stoornis (298.8; F23.8x)                     |
| A306.06       | Gedeelde psychotische stoornis (297.3; F24)                           |
| A306.07       | Psychotische stoornis door een somatische aandoening (293.8x; F06.x ) |
| A306.08       | Psychotische stoornis Niet Anderszins Omschreven (298.9; F29)         |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Groep A400</b> | <b>Gebruik van middelen/verslaving</b> |
|-------------------|--|

|               |  |
|---------------|--|
| <b>A401</b>   | <b>Problematisch gebruik van alcohol</b>                                     |
| <b>A401.x</b> | <b>Aan alcoholgebonden stoornissen</b>                                       |
| A401.01       | Alcoholafhankelijkheid (303.90; F10.2x)                                      |
| A401.02       | Misbruik van alcohol (305.00; F10.1)   |
| A401.03       | Alcoholintoxicatie (303.00; F10.00)  |
| A401.04       | Alcoholonthouding (291.81; F10.3)  |
| A401.05       | Delirium door alcoholintoxicatie of alcoholonthouding (291.0; F10.03, F10.4) |

|         |   |
|---------|---|
| A401.06 | Psychotische stoornis door alcohol (291.xx; F10.xx)   |
| A401.07 | Stemmingsstoornis, angststoornis, seksuele disfunctie, slaapstoornis door alcohol (291.89; F10.8) |
| A401.08 | Aan alcohol gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (291.9; F10.9)                           |

**A402                    Problematisch gebruik van amfetamine**

**A402.x                Aan amfetamineafhankelijkheid stoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A402.01 | Amfetamineafhankelijkheid (304.40; F15.2x)  |
| A402.02 | Misbruik van amfetamine (305.70; F15.1)   |
| A402.03 | Amfetamine-intoxicatie (292.89; F15.00)   |
| A402.04 | Amfetamineonthouding (292.0; F15.3)   |
| A402.05 | Delirium door amfetamine-intoxicatie (292.81; F15.03)                             |
| A402.06 | Psychotische stoornis door amfetamine (292.xx; F15.xx)                            |
| A402.07 | Stemmingsstoornis door amfetamine (292.84; F15.8)                                 |
| A402.08 | Angststoornis, seksuele disfunctie, slaapstoornis door amfetamine (292.89; F15.8) |
| A402.09 | Aan amfetamine gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F15.9)        |

**A403                    Problematisch gebruik van cafeïne**

**A403.x                Aan cafeïne gebonden stoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A403.01 | Cafeïne-intoxicatie (305.9; F15.00)                                     |
| A403.02 | Angststoornis, slaapstoornis door cafeïne (292.89; F15.8)               |
| A403.03 | Aan cafeïne gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F15.9) |

**A404                    Problematisch gebruik van cannabis**

**A404.x                Aan cannabisgebonden stoornissen**

|         |  |
|---------|--|
| A404.01 | Cannabisafhankelijkheid (304.30; F12.2x)                                 |
| A404.02 | Misbruik van cannabis (305.20; F12.1)                                    |
| A404.03 | Cannabisintoxicatie (292.89; F12.00, F12.04)                             |
| A404.04 | Delirium door cannabis-intoxicatie (292.81; F12.03)                      |
| A404.05 | Psychotische stoornis door cannabis (292.xx; F12.xx)                     |
| A404.06 | Angststoornis door cannabis (292.89; F12.8)                              |
| A404.07 | Aan cannabis gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F12.9) |

**A405                    Problematisch gebruik van cocaïne**

**A405.x                Aan cocaïne gebonden stoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A405.01 | Cocaïneafhankelijkheid (304.20; F14.2x)             |
| A405.02 | Misbruik van cocaïne (305.60; F14.1)                |
| A405.03 | Cocaïne-intoxicatie (292.89; F14.00)                |
| A405.04 | Cocaïneonthouding (292.0; F14.3)                    |
| A405.05 | Delirium door cocaïne-intoxicatie (292.81; F14.03)  |
| A405.06 | Psychotische stoornis door cocaïne (292.xx; F14.xx) |
| A405.07 | Stemmingsstoornis door cocaïne (292.84; F14.8)      |

|               |         |   |
|---------------|---------|---|
|               | A405.08 | Angststoornis, seksuele disfunctie, slaapstoornis door cocaïne (292.89; F14.8)  |
|               | A405.09 | Aan cocaïne gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F14.9)   |
| <b>A406</b>   |         | <b>Problematisch gebruik van (synthetische of natuurlijke) stoffen die hallucinaties opwekken zoals LSD, XTC en paddo's</b> |
| <b>A406.x</b> |         | <b>Aan hallucinogeen gebonden stoornis</b>  |
|               | A406.01 | Hallucinogeenafhankelijkheid (304.50; F16.2x)   |
|               | A406.02 | Misbruik van hallucinogeen (305.30; F16.1)  |
|               | A406.03 | Hallucinogeenintoxicatie (292.89; F16.00)   |
|               | A406.04 | Persisterende waarnemingsstoornis door hallucinogeen (292.89; F16.70)   |
|               | A406.05 | Delirium door hallucinogeenintoxicatie (292.81; F16.03)   |
|               | A406.06 | Psychotische stoornis door hallucinogeen (292.xx; F16.xx)   |
|               | A406.07 | Stemmingsstoornis door hallucinogeen (292.84; F16.8)  |
|               | A406.08 | Angststoornis door hallucinogeen (292.89; F16.8)  |
|               | A406.09 | Aan hallucinogeen gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F16.9)   |
| <b>A407</b>   |         | <b>Problematisch gebruik van een vluchtige stof</b>   |
| <b>A407.x</b> |         | <b>Aan een vluchtige gebonden stoornis</b>  |
|               | A407.01 | Afhankelijkheid van een vluchtige stof (304.6; F18.2x)  |
|               | A407.02 | Misbruik van een vluchtige stof (305.90; F18.1)   |
|               | A407.03 | Intoxicatie door een vluchtige stof (292.89; F18.00)  |
|               | A407.04 | Delirium door intoxicatie met een vluchtige stof (292.81; F18.03)   |
|               | A407.05 | Psychotische stoornis door een vluchtige stof (292.xx; F18.xx)  |
|               | A407.06 | Stemmingsstoornis door een vluchtige stof (292.84; F18.8)   |
|               | A407.07 | Angststoornis door een vluchtige stof (292.89; F18.8)   |
|               | A407.08 | Aan een vluchtige stof gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F18.9)  |
| <b>A408</b>   |         | <b>Problematisch gebruik van nicotine</b>   |
| <b>A408.x</b> |         | <b>Aan nicotine gebonden stoornissen</b>  |
|               | A408.01 | Nicotineafhankelijkheid (305.10; F17.2x)  |
|               | A408.02 | Nicotineonthouding (292.0; F17.3)   |
|               | A408.03 | Aan nicotine gebonden stoornis Niet Anderszins Omschreven (292.9; F17.9)  |
| <b>A409</b>   |         | <b>Problematisch gebruik van overige middelen</b>   |
| <b>A409.x</b> |         | <b>Stoornissen aan verschillende middelen gebonden</b>  |
|               | A409.01 | Afhankelijkheid van verschillende middelen (304.80; F19.2x)   |

|         |   |
|---------|---|
| A409.02 | Afhankelijkheid van een ander (of onbekend) middel (304.90; F19.2x) |
| A409.03 | Misbruik van een ander (of onbekend) middel (305.90; F19.1)         |
| A409.04 | Misbruik van middelen die geen afhankelijkheid veroorzaken (F55)    |

**A410**                    **Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen gerelateerd**

**Groep A900**    **Overige psychosociale problemen jeugdige**

**A901**                    **Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen**

**A902**                    **Overmatige stress**

**A902.x**                **Aan stress gebonden stoornissen**

|         |  |
|---------|--|
| A902.01 | Posttraumatische stress-stoornis (309.81; F43.1) |
| A902.02 | Acute stress-stoornis (308.3; F43.0)             |
| A902.03 | Aanpassingsstoornis (309.xx; F43.xx)             |

**A903**                    **Automutilatie**

**A904**                    **Andere problemen psychosociaal functioneren jeugdige**

**A905.x**                **Seksuele en Genderidentiteitsstoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A905.01 | Exhibitionisme (302.4; F65.2)                                       |
| A905.02 | Fetisjisme (302.81; F65.0)  |
| A905.03 | Frotteurisme (302.89; F65.8)  |
| A905.04 | Pedofilie (302.2; F65.4)  |
| A905.05 | Seksueel masochisme (302.83; F65.5)                                 |
| A905.06 | Seksueel sadisme (302.84; F65.5)                                    |
| A905.07 | Fetisjistisch transvestitisme (302.3; F65.1)                        |
| A905.08 | Voyeurisme (302.82; F65.3)  |
| A905.09 | Parafilie Niet Anderszins Omschreven (302.9; F65.9)                 |
| A905.10 | Genderidentiteitsstoornis (302.xx; F64.x)                           |
| A905.11 | Genderidentiteitsstoornis Niet Anderszins Omschreven (302.6; F64.9) |
| A905.12 | Seksuele stoornis Niet Anderszins Omschreven (302.9; F52.9)         |

**A906.x**                **Pervasieve ontwikkelingsstoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| A906.01 | Autistische stoornis (299.00; F84.0)  |
| A906.02 | Stoornis van Rett (299.80; F84.2)   |
| A906.03 | Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd (299.10; F84.3)                           |
| A906.04 | Stoornis van Asperger (299.80; F84.5)   |
| A906.05 | Pervasieve ontwikkelingsstoornis Niet Anderszins Omschreven (PDD-NOS) (299.80; F84.9) |

**A907.x**                **Tic-stoornissen**

|         |  |
|---------|--|
| A907.01 | Stoornis van Gilles de la Tourette (307.23; F95.2)           |
| A907.02 | Chronische motorische of vocale tic-stoornis (307.22; F95.1) |
| A907.03 | Passagère tic-stoornis (307.21; F95.0)                       |
| A907.04 | Ticstoornis Niet Anderszins Omschreven (307.20; F95.9)       |

#### **A908.x**

#### **Overige stoornissen gerelateerd aan psychosociaal functioneren jeugdige**

|         |   |
|---------|---|
| A908.01 | Stereotype-bewegingsstoornis (307.3; F98.4)   |
| A908.02 | Stoornis op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie Niet Anderszins Omschreven (313.9; F98.9) |

### **As B**

### **Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

#### **Groep B100 Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap**

**B101**            **Gehooraandoeningen**

**B102**            **Oogaandoeningen**

**B103**            **Spraakaandoening**

**B104**            **Motorische handicap**

**B105**            **(Chronische) lichamelijke ziekte**

**B105.x**        **Ziekte en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10)**

|         |   |
|---------|---|
| B105.01 | Diabetes mellitus (E10-E14)   |
| B105.02 | Epilepsie (G40)   |
| B105.03 | Infectieziekten en parasitaire aandoeningen (001-139; A00-B99)                  |
| B105.04 | Nieuwvormingen (140-239; C00-D48)   |
| B105.05 | Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen (240-279; E00-E90) |
| B105.06 | Aandoeningen van het bloed en bloedvormende organen (280-289; D50-D89)          |
| B105.07 | Aandoeningen van het zenuwstelsel (320-359; G00-G99)                            |
| B105.08 | Aandoeningen van de zintuigen (360-359; H00-H95)                                |
| B105.09 | Hart- en vaatziekten (390-459; I00-I99)   |
| B105.10 | Aandoeningen van het ademhalingsstelsel (460-519; J00-J99)                      |
| B105.11 | Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel (520-579; K00-K93)                  |
| B105.12 | Aandoeningen van het genitale stelsel (580-629; N00-N99)                        |

|         |   |
|---------|---|
| B105.13 | Aandoeningen van de huid en onderliggend weefsel (680-709; L00-L99)   |
| B105.14 | Aandoeningen van bot- en spierstelsel en verbindend weefsel (710-739; M00-M99)  |
| B105.15 | Congenitale afwijkingen (740-759; Q00-Q99)  |
| B105.16 | Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen , niet elders geclassificeerd (780-799; R00-R99) |

**Groep B200**    ***Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze***

|             |  |
|-------------|--|
| <b>B201</b> | <b>Problemen met zelfverzorging en zelfhygiëne</b> |
| <b>B202</b> | <b>Ongezonde levenswijze</b>                       |
| <b>B203</b> | <b>Overgewicht</b>                                 |

**Groep B300**    ***Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten***

|               |   |
|---------------|---|
| <b>B301</b>   | <b>Lichamelijke klachten</b>  |
| <b>B302</b>   | <b>Voedings-/eetproblemen</b>   |
| <b>B302.x</b> | <b>Voedings- en eetstoornissen op zuigelingenleeftijd, (vroeg) kinderleeftijd en adolescentie</b> |
|               | B302.01    Pica (307.52; F98.3)   |
|               | B302.02    Ruminatiestoornis (307.53; F98.2)  |
|               | B302.03    Voedingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd (307.59; F98.2)       |
|               | B302.04    Voedselallergie (T78.x)  |
|               | B302.05    Voedselweigering   |
|               | B302.06    Anorexia nervosa (307.1; F50.0)  |
|               | B302.07    Boulimia nervosa (307.51; F50.2)   |
|               | B302.08    Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (307.50; F50.9)                                 |
|               | B302.09    Binge-eating disorder (vreetbuien zonder overgeven)                                    |
|               | B302.10    Orthorexia nervosa (obsessie voor gezond eten)   |
| <b>B303</b>   | <b>Zindelijkheidsproblemen</b>  |
| <b>B303.x</b> | <b>Stoornissen in de zindelijkheid</b>  |
|               | B303.01    Encopresis (broekpoepen) met obstipatie en overloop incontinentie (787.6; R15)         |
|               | B303.02    Encopresis (broekpoepen) zonder obstipatie en overloop incontinentie (307.7; F98.1)    |
|               | B303.03    Enuresis (bedplassen) (niet door een somatische aandoening) (307.6; F98.0)             |
| <b>B304</b>   | <b>Slaapproblemen</b>   |
| <b>B304.x</b> | <b>Slaapstoornissen</b>   |
|               | B304.01    Primaire insomnia (307.42; F51.0)  |



|         |  |
|---------|--|
| B304.02 | Primaire hypersomnie (307.44; F51.1)                             |
| B304.03 | Narcolepsie (347; G47.4)   |
| B304.04 | Slaapgebonden ademhalingsstoornis (780.59; G47.3)                |
| B304.05 | Slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek (307.45; F51.2) |
| B304.06 | Dyssomnie niet anderszins omschreven (307.47; F51.9)             |
| B304.07 | Nachtmerries (307.47; F51.5)                                     |
| B304.08 | Pavor nocturnus (307.46; F51.4)                                  |
| B304.09 | Slaapwandelen (307.46; F51.3)                                    |
| B304.10 | Parasomnie Niet Anderszins Omschreven (307.47; F51.8)            |
| B304.11 | Slaapstoornis door een somatische aandoening (780.xx; G47.x)     |

### **B305**

### **Groei problemen**

### **B306**

### **Onverklaarbare lichamelijke klachten**

### **B306.x**

### **Somatoforme stoornissen en nagebootste stoornissen**

|         |   |
|---------|---|
| B306.01 | Somatisatiestoornis (300.81; F45.0)                             |
| B306.02 | Ongedifferentieerde somatoforme stoornis (300.82; F45.1)        |
| B306.03 | Conversiestoornis (300.11; F44.x)                               |
| B306.04 | Pijnstoornis (307.xx; F45.4)                                    |
| B306.05 | Hypochondrie (300.7; F45.2)                                     |
| B306.06 | Stoornis in de lichaamsbeleving (300.7; F45.2)                  |
| B306.07 | Somatoforme stoornis Niet Anderszins Omschreven (300.82; F45.9) |
| B306.08 | Nagebootste stoornis (300.xx; F68.1)                            |
| B306.09 | Nagebootste stoornis Niet Anderszins Omschreven (300.19; F68.1) |

## ***Groep B900 Overige problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige***

### **B901**

### **Andere problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

### **B901.x**

### **Ziekte en met gezondheid verband houdende problemen (ICD-10)**

|         |  |
|---------|--|
| B901.01 | Complicaties bij zwangerschap, geboorte en kraambed (630-676; O00-O99)                 |
| B901.02 | Verwondingen en vergiftigingen (800-999; S00-T98)                                      |
| B901.03 | Externe oorzaken van verwondingen en aanvullende classificatie (E en V codes; V01-Y98) |

## As C Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige

### Groep C100 Problemen in de cognitieve ontwikkeling

#### C101 Problemen met schoolprestaties/leerproblemen

##### C101.x Leerstoornissen

- C101.01 Leesstoornis (315.00; F81.0)
- C101.02 Rekenstoornis (315.1; F81.2)
- C101.03 Stoornis in schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid (315.2; F81.8)
- C101.04 Leerstoornis Niet Anderszins Omschreven (315.9; F81.9)

#### C102 Aandachtsproblemen

#### C103 Problemen verbandhoudend met hoogbegaafdheid

#### C104 Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen

##### C105.x Problemen verbandhoudend met benedennormale intelligentie

- C105.01 Zwakbegaafdheid (niveau IQ 71-84) (R41.8)
- C105.02 Lichte zwakzinnigheid (niveau IQ 50-55 tot ongeveer 70) (317; F70.9)
- C105.03 Matige zwakzinnigheid (niveau IQ 35-40 tot 50-55) (318.0; F71.9)
- C105.04 Ernstige zwakzinnigheid (niveau IQ 20-25 tot 35-40) (318.1; F72.9)
- C105.05 Diepe zwakzinnigheid (niveau IQ lager dan 20 of 25) (318.2; F73.9)
- C105.06 Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd (319; F79.9)

### Groep C200 Problemen met vaardigheden

#### C201 Sociale vaardigheidsproblemen

##### C202.x Communicatiestoornissen

- C202.01 Expressieve taalstoornis (315.31; F80.1)
- C202.02 Gemengd receptieve-expressieve taalstoornis (315.32; F80.2)
- C202.03 Fonologische stoornis (315.39; F80.0)
- C202.04 Stotteren (307.0; F98.5)
- C202.05 Communicatiestoornis Niet Anderszins Omschreven (307.9; F80.9)<sup>5</sup>

##### C203.x Stoornis in de motorische vaardigheden

- C203.01 Coördinatieontwikkelingsstoornis (315.4; F82)

<sup>5</sup> Deze subrubriek stond eerst onder 'Problemen met schoolprestaties/leerproblemen', dit komt echter niet overeen met de groepering in de DSM.

**Groep C900** *Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling*

- C901      **Andere problemen cognitieve ontwikkeling jeugdige**  
C902      **Andere problemen vaardigheden jeugdige**

**As D**      **Gezin en opvoeding**

**Groep D100** *Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding*

- D101      **Ontoereikende opvoedingsvaardigheden**  
D102      **Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen**  
D103      **Pedagogische onwil**  
D104      **Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak**  
D105      **Problematische gezinscommunicatie**

**Groep D200** *Problemen in de ouder-kindrelatie*

- D201      **Gebrek aan warmte in ouder-kindrelatie**  
D202      **Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige**  
D203      **Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)**  
D204      **Vijandigheid tegen of zondebok maken van jeugdige door de ouder**  
D205      **Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder**  
D206      **Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder**  
D206.x     **Aan hechting gerelateerde stoornis**  
            D206.01    *Reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd (313.89; F94.x)*  
D207      **Generatieconflict**  
D208      **Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige**  
D209      **Mishandeling ouder door jeugdige**  
D210      **Jeugdige weggelopen van huis**  
D211      **Jeugdige weggestuurd door ouders**

**Groep D300** *Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin*

- D301      **Jeugdige slachtoffer verwaarlozing**

- D302 Jeugdige slachtoffer mishandeling  
D303 Jeugdige slachtoffer seksueel misbruik

**Groep D400 Instabiele opvoedingssituatie**

- D401 Problemen bij scheiding ouders  
D402 Problemen met omgangsregeling  
D403 Problemen met gezagsrelaties  
D404 Problemen die gepaard gaan met het samengaan van twee gezinnen/samengestelde gezinnen  
D405 Problematische relatie tussen ouders  
D406 Problematische relatie jeugdige met partner opvoeder  
D407 Problematische relatie (stief)broers/zussen

**Groep D500 Problemen van ouder**

- D501 Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder  
D502 Problemen met werkloosheid ouder  
D503 Problemen bij zwangerschap of bevalling  
D504 Moeilijke start ouderschap  
D505 Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ouder  
D506 Antisociaal gedrag ouder  
D507 Gebruik van middelen/verslaving ouder  
D508 Pleger seksueel misbruik  
D509 Overmatige stress ouder  
D510 Psychische/psychiatrische problematiek ouder

**Groep D600 Problemen van ander gezinslid**

- D601 Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ander gezinslid  
D602 Antisociaal gedrag ander gezinslid  
D603 Gebruik van middelen/verslaving ander gezinslid  
D604 Psychische/psychiatrische problematiek ander gezinslid

**Groep D700 Problemen in het sociaal netwerk gezin**

- D701 Problemen in de familierelaties (niet het gezin)  
D702 Gebrekkig sociaal netwerk gezin

**Groep D800 Problemen in omstandigheden gezin**

- D801 Problemen met huisvesting

- D802** Financiële problemen
- D803** Problemen met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
- D804** Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie

**Groep D900** *Overige problemen gezin en opvoeding*

- D901** Andere problemen gezin en opvoeding

**As E** **Jeugdige en omgeving**

**Groep E100** *Problemen op speelzaal, school of werk*

- E101** Problematische relatie met leerkracht, werkgever of leidinggevende/problemen met hiërarchische relatie
- E102** Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden
- E103** Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)
- E104** Van school gestuurd
- E105** Problemen met school-, studie- of beroepskeuze of vakkenpakket
- E106** Problemen met werkloosheid jeugdige
- E107** Problemen met speelzaal, schoolorganisatie of onderwijsstijl, arbeidsorganisatie

**Groep E200** *Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd*

- E201** Problemen met vrijetijdsbesteding
- E202** Problemen met verliefdheid/liefde en relaties
- E203** Problematische relatie met leeftijdgenoten (onder andere gepest worden buiten school/werk)
- E204** Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige
- E205** Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)

**Groep E300** *Problemen in omstandigheden jeugdige*

- E301** Problemen met zelfstandige huisvesting jeugdige

- E302**            **Financiële problemen jeugdige**
- E303**            **Problemen van jeugdige met hulpverleners of  
(vertegenwoordigers van) instanties**
- E304**            **Problematische maatschappelijke positie jeugdige (onder  
meer als gevolg van migratie)**
- E305**            **Problemen jeugdige met justitiële instanties**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b><i>Groep E900</i></b> | <b><i>Overige problemen omgeving jeugdige</i></b> |
|--------------------------|---|

- E901**            **Andere problemen jeugdige en omgeving**

## ***Bijlage 2. Voorbeelden van CAP-J rubriekbeschrijvingen***

In deze bijlage zijn twee rubriekbeschrijvingen opgenomen uit het CAP-J systeem: Angstproblemen (A102) en Ontoereikende opvoedingsvaardigheden (D101).

### ***Angstproblemen***

Codering: A102

As A: Psychosociaal functioneren jeugdige

Groep A100: Emotionele problemen

#### **Beschrijving probleem**

##### *Kenmerken*

Angst bij jeugdigen activeert nuttige en noodzakelijke overlevingsmechanismen en komt als normaal verschijnsel voor bij gevaar of dreiging. Angst is waarneembaar op de volgende manieren:

- psychologisch in de vorm van affect (bijvoorbeeld gevoel van angst)
- als cognitie (bijvoorbeeld het idee dat je iets kan overkomen)
- motorisch (bijvoorbeeld trillen, hyperactiviteit)
- fysiologisch (bijvoorbeeld verhoogde hartslag, zweten)

Normale angst is voor de jeugdige te hanteren en vormt een bescherming tegen overprikkeling. Men spreekt van angstproblemen bij een overmatige uiting van normale angsten en wel in dusdanige mate dat deze het normaal dagelijks functioneren van de jeugdige negatief beïnvloedt, maar nog niet leidt tot een beperking in sociaal of beroepsmatig functioneren. Angsten zijn overmatig wanneer er sprake is van:

- een overmatige uitingsvorm (heftige angstverschijnselen)
- een buitengewone duur (de angst houdt veel langer aan dan verwacht)
- overmaat in relatie tot de aanleiding
- overmaat in relatie tot het ontwikkelingsniveau van de jeugdige

In feite is er sprake van een continuüm waarbij de normale emotie angst kan overgaan in overmatige angst, dat leidt tot een angstprobleem. Dit kan weer leiden tot een angststoornis. Een angstprobleem onderscheidt zich grofweg van een pathologische aanpassings-, angst- of dwangstoornis op de volgende punten:

- de emotie is herleidbaar tot een concrete aanleiding
- de jeugdige kan gebruikmaken van troost en/of geruststelling
- de emotie duurt lang, maar duurt niet extreem veel langer dan het verdwijnen van de aanleiding
- de jeugdige lijdt wel, maar niet overmatig

- er zijn geen duidelijke, aan deze angst gerelateerde, beperkingen in sociaal of schools functioneren waarneembaar
- de gedragsuitingen passen bij de leeftijd

Angstproblemen bij jeugdigen kunnen zich behalve als directe emotie ook uiten in aan angst gerelateerd gedrag zoals piekeren en dwanghandelingen.

### **Subtypes en/of specificaties**

#### *Sociale angst*

De jeugdige vertoont een milde angstreactie en gespannen gedrag in relatie tot anderen naar aanleiding van vermeend gevaar of dreiging of door vermeende psychische druk (zoals het idee hebben te moeten voldoen aan bepaalde eisen). In dit laatste geval wordt ook wel gesproken van sociaal evaluatieve angst.

Sociale angst uit zich door een combinatie van de volgende gedragingen/emoties/gedachten:

- gaat contacten met anderen uit de weg
- voelt zich onveilig, gespannen, angstig, bang
- voelt zich bedreigd, reageert zeer alert
- voelt zich gepest
- zoekt meer hulp en steun dan anders
- vertoont separatieangst, soms claimend gedrag (vastklampen)
- vraagt geen of onvoldoende hulp bij problemen
- reageert snel geprikkeld en boos, soms juist verstijfd
- huilt snel/veel
- heeft soms buikpijn of hoofdpijn of is 'schoolziek'
- uit zich ongelukkig, zorgelijk, onzeker
- verliest gemakkelijk zelfvertrouwen

#### *Faalangst*

Over het algemeen is iedere jeugdige bang om te falen. Meestal is dat een motiverende factor (positieve faalangst). Er is sprake van negatieve faalangst als het kind irrationeel bang is om te falen waardoor prestaties slechter worden dan verwacht. De jeugdige raakt, in situaties waarin prestaties worden geëist of in nieuwe situaties, zo gespannen dat hij zich minder goed kan concentreren, minder creatief is in het bedenken van oplossingen en nodeloos fouten maakt of zelfs volledig blokkeert. Deze angst komt veel voor op school, omdat daar regelmatig prestaties worden verwacht.

Kenmerken of uitingen van faalangst zijn:

- gebrek aan zelfvertrouwen
- gespannen luisterhouding
- moeite om aan een nieuwe taak te beginnen
- in paniek raken
- na schooltijd nog werk af willen maken
- veel vragen stellen
- dichtklappen bij overhoring of beurt



- het ervaren van extra druk bij aansporingen
- elke fout als een persoonlijke nederlaag beschouwen

### *Scheidingsangst*

De bekendste angst bij jonge kinderen is scheidingsangst, ook wel separatieangst genoemd. Deze angst is een normaal verschijnsel binnen een gezonde ontwikkeling en komt voor vanaf de tweede helft van het eerste levensjaar, meestal rond de zevende à tiende maand, wanneer een kind in staat is vreemden te onderscheiden van bekenden. Het kind ervaart angst voor vreemden en gaat zich hechten aan één of enkele vaste personen en reageert met angst indien het gescheiden wordt van voor hem vertrouwde verzorgers.

Scheidingsangst wordt problematisch indien er sprake is van overmatige scheidingsangst, dat wil zeggen:

- de angstreactie is zeer heftig (het kind raakt overstuur/in paniek)
- de reactie duurt buitensporig lang (het kind blijft ontroostbaar)
- de angst past niet meer bij het ontwikkelingsniveau van het kind

### *Specifieke vrees*

Het kind kan angst en spanning vertonen naar aanleiding van een bepaald object dat of situatie die vermeend gevaar of dreiging oplevert. Deze specifieke angsten zijn normaal voor de kinderleeftijd (2-12 jaar). De emotie staat steeds in verhouding tot de aanleiding en duurt niet langer dan het verdwijnen van de aanleiding. Het kind lijdt niet overmatig en de angst past bij de ontwikkelingsleeftijd. Als de angst het functioneren van het kind op school, in het gezin of met leeftijdsgenoten belemmert, wordt het een probleem. Bij specifieke vrees is sprake van bijbehorende emotionele en fysieke ontregeling.

### *Dwanggedachten en dwanghandelingen in de kinder- en puberleeftijd*

Er is sprake van het bezweren van angstgevoelens door bepaalde rituele handelingen en gedachten. Het betreft hier symptomen van korte duur en van voorbijgaande aard. Deze dwanggedachten en -handelingen kunnen gerelativeerd worden en zijn niet storend voor het normale dagelijkse functioneren. De jeugdige heeft wel het idee dat hij de handelingen moet uitvoeren, al weet hij dat het niet rationeel is. Als de dwanggedachten en -handelingen het functioneren van de jeugdige op school, in het gezin of met leeftijdsgenoten belemmert, wordt het een probleem. Bekende dwanggedachten en dwanghandelingen zijn:

- angst voor besmetting; irreële gedachten dat je door als gevaarlijk beschreven stoffen besmet kunt raken (vuil, bacteriën, urine, bloed, ontlasting en dergelijke).  
Bijvoorbeeld: door de kam van de kapper kun je met aids bestemt raken, door vogelpoep kun je vogelgriep krijgen
- gedachten zichzelf of een ander iets aan willen doen
- herhalende gedachten en/of beelden over de dood van geliefden
- dwangmatig beleven van seksuele fantasieën en gedachten
- netheid. Bijvoorbeeld: alles op de juiste plek willen hebben staan, herhaald tandenpoetsen, controleren van schoon ondergoed, nette kleding
- herhalen van getallen, cijfers of letters in je hoofd waardoor concentratieverlies of andere problemen ontstaan

### *Doelloos piekeren tijdens de adolescentie*

Naarmate kinderen ouder worden gaan cognities een steeds grotere rol spelen in het aansturen van gedrag. Tijdens de puberteit en adolescentie kan dit leiden tot meer angst, bijvoorbeeld door gedachten over negatieve beoordeling door anderen, existentieel gevaar als oorlogen en milieurampen, middelengebruik, falen op school etc. Deze gedachten kunnen de plaats innemen van de echte werkelijkheid en zo ontaarden in doelloos piekeren.

### **Culturele, leeftijds- en seksspecifieke kenmerken en verloop**

Bij jonge kinderen uiten angstproblemen zich veelal in emotionele en fysieke ontregeling. In de puberteit kunnen angsten, dwangreacties en piekeren heviger zijn. Dit kan leiden tot paniek of botsingen met mensen in de omgeving (Boer, 1996).

Geslacht en culturele achtergrond kunnen een rol spelen in de manier waarop angstgevoelens worden vertolkt. Jongens verhullen gevoelens van angst bijvoorbeeld meer dan meisjes. Dit kan leiden tot quasi onverschillig gedrag, hetgeen een alibi verschaft om vreesaanjagende situaties te vermijden. Ook kan dit leiden tot juist overschreeuwend gedrag.

In principe is het zo dat zodra de stressveroorzakende factor is weggefallen (bijvoorbeeld na een trauma) de symptomen vroeg of laat verdwijnen. Ook naarmate kinderen ouder worden kunnen angsten verdwijnen. Bij toename van het aantal symptomen, bij een langere duur, wanneer symptomen voorkomen op meerdere levensgebieden en wanneer de problemen leiden tot disfunctioneren is er sprake van een ontwikkeling van een stoornis (separatie-angststoornis, fobieën, specifieke angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis) (Boer, 1996). Vooral in leef- en opvoedingssituaties met weinig protectieve factoren en veel stressoren kunnen angstproblemen een voorbode zijn voor het ontstaan van een angst-, fobische of obsessieve-compulsieve stoornis. Veel doelloos piekeren tijdens de adolescentiefase kan leiden tot een gegeneraliseerde angststoornis.

### **Niet te verwarren met**

- Introvert gedrag (A101)
- Stemningsproblemen (A103)
- Problemen met de competentiebeleving (A301)
- Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (A901)
- Problemen verbandhoudend met hoogbegaafdheid (C103)
- Problemen met schoolprestaties/leerproblemen (C101)
- Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige (D202)
- Problematische relatie met leeftijdsgenoten (onder andere gepest worden buiten school/werk) (E203)

## **Ontoereikende opvoedingsvaardigheden**

Codering: D101

As D: Gezin en opvoeding

Groep D100: Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding

### **Beschrijving probleem**

#### *Kenmerken*

De opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn ontoereikend, niet geschikt voor of niet aangepast aan de behoeften van de jeugdige, de leeftijd/het niveau van de jeugdige of de ontwikkelingstaken van de jeugdige. Dit kan leiden tot pedagogische onmacht.

Het gaat bij dit probleem niet om problemen op het gebied van ondersteuning, verzorging en bescherming van kinderen. Indien hiervan sprake is, dient rubriek D102 (problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen) gecodeerd te worden (eventueel in combinatie met dit probleem). Wanneer ook sprake is van verwaarlozing dient ook deze rubriek gecodeerd te worden (D301: Jeugdige slachtoffer van verwaarlozing).

### **Subtypes en/of specificaties**

#### *Onzekerheid met betrekking tot aanpak opvoeding*

Er is sprake van een opvoedingspatroon, waarbij ouders wel aandacht hebben voor wat de jeugdige nodig heeft, maar hun onzekerheid, lage zelfwaardering, gebrek aan zelfvertrouwen en eventueel ook hun gebrek aan de nodige kennis over opvoeding maken dat de opvoedingsvaardigheden van de ouders ontoereikend zijn. Hierdoor is er een gebrek aan gezag en/of wordt onvoldoende toegekomen aan het ontwikkelen van vaardigheden in de omgang van ouders met hun kind.

#### *Onvoldoende ervaringsgerichte opvoeding*

Er is een duidelijk gebrek aan betrokkenheid bij activiteiten van de jeugdige. Dit gebrek aan betrokkenheid is een gevolg van ouderlijke activiteit (beperking of verbod) of ouderlijke inactiviteit (relevante mogelijkheden niet bieden) met betrekking tot verbale, sociale, perceptuele en motorische activiteiten. Dit komt voort uit ontoereikende kennis van ouders over leeftijdsadequate activiteiten van jeugdigen. Dit uit zich meestal in:

- gebrek aan gesprek/spel tussen ouders en jeugdigen
- gebrek aan activiteiten buitenshuis
- beperking van mogelijkheden/gelegenheden waar activiteiten plaatsvinden
- gebrek aan speelgoed of andere objecten waar de jeugdige mee kan spelen

#### *Overmatige ouderlijke pressie*

Er is sprake van een opvoedingspatroon waarbij ouders de jeugdige dwingen anders te zijn dan hij is, hetzij:

- niet in overeenstemming met de sekse van de jeugdige (bijvoorbeeld door een jongen als meisje te kleden)

- niet passend bij de leeftijd (bijvoorbeeld de jeugdige dwingen verantwoordelijkheden op zich te nemen die niet bij zijn leeftijd passen)
- anderszins onpassend (bijvoorbeeld de jeugdige dwingen tot prestaties en activiteiten die niet aansluiten bij zijn mogelijkheden of wensen)

*Problemen met het stellen en/of handhaven van regels en grenzen*

- ouders stellen te veel regels en grenzen. Hierdoor krijgt de jeugdige te weinig ontwikkelingsruimte om zelf dingen te ontdekken, keuzes te maken en van zijn ervaringen te leren
- ouders stellen te weinig regels en grenzen en geven onvoldoende leiding. Het ontbreekt hun hierdoor aan gezag ten opzichte van de jeugdige
- ouders stellen de verkeerde regels en grenzen. Zij stellen regels en grenzen die niet passen bij de leeftijd en behoeften van de jeugdige
- ouders zijn inconsequent in het stellen van regels en grenzen. Zij zijn hierdoor onberekenbaar in hun reacties op het gedrag van de jeugdige
- ouders stellen wel regels en grenzen, maar hebben onvoldoende pedagogische vaardigheden om deze te handhaven

*Ontoereikend(e) ouderlijk(e) toezicht/leiding*

Er is gebrek aan ouderlijke kennis van wat de jeugdige doet of waar de jeugdige is, wat blijkt uit:

- slechte controle: gebrek aan informatie bij de ouders over de bezigheden van de jeugdige of de plaats waar de jeugdige zich bevindt
- gebrek aan interesse
- gebrek aan het geven van leiding (of ineffectief)
- gebrek aan pogingen om tussenbeide te komen wanneer de jeugdige zich in riskante situaties bevindt

*Gebrek aan structuur*

Er is sprake van een gebrek aan dagelijkse structuur.

**Niet te verwarren met**

- Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen (D102)
- Pedagogische onwil (D103)
- Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak (D104)
- Problematische gezinscommunicatie (D105)
- Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ouder (D505)
- Psychische/psychiatrische problematiek ouder (D510)

### ***Bijlage 3. Leden van de digitale klankbordgroep***

1. F. van den Berg (Spirit)
2. C. van den Bergh (DJI, Ministerie van Justitie)
3. E. Berkvens (Altrecht)
4. F. Boer (De Bascule)
5. L. Boland (Roessingh, centrum voor revalidatie)
6. G. Couturier (Universiteit van Tilburg)
7. F. Dronkers (Parlan)
8. P. Dijkshoorn (Accare)
9. E. van der Ende (De Viersprong)
10. A. van Ginhoven (Kinderrechter Hof Arnhem)
11. J. de Groot (Kinderrechter Hof Den Haag)
12. P. Harder ('s Heerenloo)
13. D. Hettinga ('s Heerenloo)
14. J. Hoogma (Lindenhout)
15. M. Hornstra-Moedt (Lindenhout)
16. J. Janssens (Radboud Universiteit Nijmegen)
17. M. de Jong (De Hoenderloo Groep)
18. L. de Jongh (DJI, Ministerie van Justitie)
19. D. Koets (NVO/ NIP)
20. Y. Kooyman (Trajectum)
21. R. Lindauer (De Bascule)
22. Y. van der Meulen (GGZ Friesland)
23. M. Meyling (Bureau jeugdzorg Groningen)
24. A. van Montfoort (Adviesbureau van Montfoort)
25. G. van der Most (GGZ Friesland)
26. H. Mulder (GGZ Drenthe)
27. V. Pachen (Raad voor de Kinderbescherming)
28. J. Peters (Mutsaersstichting)
29. P. Prins (Universiteit van Amsterdam)
30. D. Roosma (Jeugdzorg/ BJZ Drenthe)
31. A. Rutten (FPD)
32. J.P. de Rijk (O.G.H. Heldring)
33. M. Sipma (BJZ Drenthe/MEE)
34. C. Tullemans (Raad voor de Kinderbescherming)
35. E. Valera (Jeugdzorg Noord-Brabant)
36. J. Willems (Vrije Universiteit Amsterdam)
37. T. van Yperen (Universiteit Utrecht/ Nederlands Jeugdinstituut/NJi)
38. J. Zeegers (Expertisecentrum William Schrikker)



## ***Bijlage 4. Voorbeeldvignetten IBB-onderzoek***

In deze bijlage zijn twee vignetten opgenomen die voor het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) zijn gebruikt.

### **Vignet 27**

Tanja is veertien jaar en woont bij haar moeder. Ze was een nakomertje, haar broer (drieëntwintig) en zus (twintig) zijn al een aantal jaar het huis uit. In de tijd dat haar broer nog thuis woonde, heeft hij Tanja gedurende een aantal maanden lichamelijk mishandeld. Toen moeder hier achter kwam, heeft zij haar zoon aangegeven bij de politie. De mentor van school heeft aangegeven dat Tanja de laatste tijd steeds meer moeite heeft om zich tijdens de lessen te concentreren. Ze komt afwezig over en kan om kleine dingen al in paniek raken. Moeder herkent deze ontwikkeling in het gedrag van Tanja. Ook thuis komt Tanja soms overgevoelig over, moeder kan haar nergens op aanspreken zonder dat er ruzie ontstaat. 's Nachts heeft Tanja steeds vaker nachtmerries en kruipt dan bij haar moeder in bed. De mentor laat tevens weten dat Tanja een groot beroep doet op haar leerkrachten. Haar resultaten laten al langer te wensen over, maar het feit dat ze nauwelijks in staat is om een opdracht zelfstandig uit te voeren, past niet bij haar leeftijd. Ook valt op dat Tanja geen vriendinnen heeft in haar eigen klas. De meisjes met wie Tanja omgaat, zijn minstens twee jaar jonger dan zij. Tanja loopt achter hen aan en lijkt sterk door hen te worden beïnvloed. Ondanks haar problemen met de gebeurtenissen in het verleden lijkt er meer met Tanja aan de hand te zijn.

### **Vignet 45**

Lisette is een verlegen meisje van vijftien jaar. Zij woont alleen bij haar moeder. Moeder is al een aantal jaar depressief. Zij heeft weinig energie en kan zich er niet toe zetten om goed te zorgen voor haar dochter. Lisette verschijnt vaak te laat op school in kleren die al een tijd niet gewassen lijken te zijn. Ze brengt nooit een lunchpakket mee. Ook slaan moeder en Lisette regelmatig een maaltijd over, omdat moeder geen energie had om te koken. De leerkracht van school beschrijft Lisette als een onzeker meisje dat zich altijd erg afwachtend op stelt. Ze heeft niet veel vriendinnen en is moeilijk te betrekken in groepsactiviteiten. Lisette houdt zich meestal erg afzijdig van de rest. Het liefst zit zij de hele dag achter de computer te internetten. Ze kan zich uren vermaken met computerspelletjes en surfen op het net. Ze kan niet benoemen wat ze er zo leuk aan vindt en welke sites ze het meest bezoekt, maar het is weldegelijk haar (enige) hobby. Lisette vertelt dat ze helemaal misselijk kan worden als ze na school niet meteen achter de computer kan kruipen. Ze wordt dan heel onrustig.

Op emotioneel gebied komt Lisette over als een vlak meisje. Twee maanden geleden is haar oma overleden, met wie Lisette een goede band had. Ze toonde hieromtrent geen enkele emotie, zelfs niet naar haar moeder toe. Onlangs is bij de moeder van één van haar klasgenoten een ernstige vorm van kanker geconstateerd, maar ook dit lijkt Lisette niet echt te raken. Lisette heeft dat klasgenootje zelfs een 'kankertrut' genoemd, zonder in te zien hoe zeer deze opmerking dat meisje kwetste.





## ***Bijlage 5. Overzicht geselecteerde rubrieken IBB-onderzoek***

| <b>Code</b>   | <b>Omschrijving</b>  |
|---|--|
| <b>As 100: Psychosociaal functioneren jeugdige</b>              |  |
| 101.1   | Introvert gedrag   |
| 101.2   | Angstproblemen   |
| 101.3   | Stemmingsproblemen   |
| 102.1   | Druk en impulsief gedrag   |
| 102.2   | Opstandig gedrag en/of ernstig probleemgedrag                                  |
| 104.1   | Problemen met de competentiebeleving   |
| 104.2   | Sociale vaardigheidsproblemen  |
| 104.3   | Problemen in de gewetensvorming/ morele ontwikkeling                           |
| 104.4   | Identiteitsproblemen   |
| 105.1   | Problematisch gebruik psychoactieve middelen                                   |
| 109.1   | Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen                     |
| <b>As 300: Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige</b> |  |
| 301.2   | Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen                                  |
| 301.3.0   | Problemen met schoolprestaties/ leerproblemen                                  |
| 301.3   | Aandachtsproblemen   |
| <b>As 400: Gezin en opvoeding</b>                               |  |
| 401.1   | Inadequate opvoedingsaanpak (inclusief pedagogische onmacht)                   |
| 401.2   | Pedagogische onwil   |
| 401.3   | Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen                |
| 401.4   | Onenigheid tussen ouders/opvoeders over opvoedingsaanpak                       |
| 401.5   | Problematische gezinscommunicatie  |
| 402.2   | Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige                                  |
| 402.3   | Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)                                  |
| 402.5   | Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder(s)                          |
| 402.6.  | Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder/verzorger                      |
| 402.8   | Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige |
| 402.9   | Mishandeling ouder door jeugdige   |
| 403.1   | Jeugdige slachtoffer verwaarlozing   |
| 403.2   | Jeugdige slachtoffer mishandeling  |
| 404.1   | Problemen bij scheiding ouders   |
| 404.5   | Problematische relatie tussen ouders/opvoeders                                 |
| 405.1   | Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder/opvoeder                   |
| 405.3   | Problemen bij zwangerschap of na geboorte kind                                 |
| 405.4   | Moeilijke start ouderschap   |
| 405.6   | Antisociaal gedrag ouder/opvoeder  |
| 405.9   | Psychische/psychiatrische problematiek ouder/opvoeder                          |
| 407.1   | Problemen in de familierelaties (niet het gezin)                               |
| 407.2   | Gebrekkig sociaal netwerk gezin  |
| 408.4   | Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie          |
| <b>As 500: Jeugdige en omgeving</b>                             |  |
| 502.5   | Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)               |



## ***Bijlage 6. Deelnemende organisaties IBB-onderzoek***

1. Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam
2. Bureau Jeugdzorg Haaglanden
3. Bureau Jeugdzorg Overijssel
4. Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland
5. Bureau Jeugdzorg Limburg
6. CCE Enschede
7. Flexus
8. GGZ Dijk en Duin
9. 's Heerenloo Kwadrant Emaus
10. Kodan
11. Lindenhout
12. Ministerie van Justitie, directie Jeugdbeleid
13. MOC 't Kabouterhuis
14. Orthopedagogisch Centrum Brabant
15. Orthopedagogisch Centrum Het Gooi
16. Parlan
17. Spirit
18. AZZ
19. Trivium
20. Tender Jeugdzorg
21. Trias Jeugdhulp
22. William Schrikker Groep
23. Xonar

